FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **F. JACOULET**

Interne des Hôpitaux de Paris

LES

ÉPITHÉLIOMAS KYSTIQUES

DE LA

GLANDE MAMMAIRE

Président : M. PAUL SEGOND, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

M. le Professeur agrégé LAUNOIS, Médecin des Hôpitaux.
M. le Dr MILIAN, Médecin des Hôpitaux

Externat

1903-1904. M. le Professeur agrégé AUGUSTE BROCA (Enfants-Malades).
M. le Dr MOIZARD (*in memoriam*) Enfants-Malades).
1904-1905. M. le Dr ROUTIER (Necker).

Internat des Hôpitaux de Versailles

1905-1907. MM. les Drs BROUSSIN, LAURENT, PARELLE, MAUGER.

Internat provisoire

1906-1907. M. le Dr FELIZET (*in memoriam*) (Bretonneau).
M. le Professeur LE DENTU (Hôtel-Dieu).

Internat

1907-1908. M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE (Hôpital Dubois).
1908-1909. M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.
M. le Dr LAUNAY (Hôpital Dubois).
1909-1910. M. le Dr GUINARD (Hôtel-Dieu).
1910-1911. M. le Dr ROCHARD (Saint-Louis).
A MM. MOUCHET, GOSSET, LENORMANT, Chirurgiens des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté.
Membre de l'Académie de Médecine.
Chirurgien de la Salpêtrière.
Officier de la Légion d'Honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lesepitheliomask0000vari

LES

ÉPITHÉLIOMAS KYSTIQUES

DE LA

GLANDE MAMMAIRE

DÉFINITION

Parmi les variétés de tumeurs de la glande mammaire dont Cornil a si bien décrit les caractères anatomo-pathologiques, il en est une, bien individualisée par lui, qui présente des caractères très spéciaux : c'est l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques.

Cette variété de tumeur peut se présenter sous deux aspects bien différents :

1° Une tumeur plus ou moins volumineuse ressemblant à l'œil nu au cancer et caractérisée à l'examen microscopique par des alvéoles et de minces papilles souvent arborisées, couvertes de larges cellules cylindriques (Cornil) ;

2° Une masse végétante en chou-fleur présentant la même structure histologique que précédemment, située à l'intérieur d'un kyste plus ou moins volumineux, intra-glandulaire.

Ce sont ces kystes, dont la face interne présente des végétations épithéliales papillaires, que nous nous pro

posons d'étudier sous le nom d'épithéliomas kystiques de la glande mammaire.

A l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le Dr Guinard, nous avons eu l'occasion d'étudier, avec notre collègue et ami Moure, une femme atteinte d'un de ces épithéliomas kystiques de la glande mammaire.

Il nous semble utile de faire une étude d'ensemble de cette variété de tumeurs de la glande mammaire, tumeurs qui à en juger par nos recherches bibliographiques ne sont pas très fréquentes, puisque nous n'avons pu en réunir que 37 observations.

Ces épithéliomas kystiques sont intéressants à connaître à de nombreux points de vue.

Anatomiquement, ils se différencient très nettement des cancers du sein proprement dits, par leur structure si particulière.

Au point de vue de la classification, nous verrons que ces épithéliomas kystiques occupent une place à part, établissant la transition entre l'adéno-fibrome kystique et l'épithéliome.

Cliniquement, ils sont bien différents des autres cancers du sein, tant par les symptômes qu'ils présentent, que par leur évolution si particulière.

Au point de vue du pronostic, les épithéliomas kystiques doivent être considérés comme des néoplasies d'une malignité toute relative.

Nous commencerons par citer les observations que nous avons pu réunir : les unes sont complètes au point de vue clinique et histo-pathologique ; les autres ne contiennent que la description anatomique de la tumeur, sans relation de l'histoire clinique.

Néanmoins toutes les observations présentent un certain nombre de caractères communs et leur lecture permettra de se faire une idée très nette de cette variété si spéciale de néoplasie de la glande mammaire.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous ne saurions trop insister sur ce fait que nos épithéliomas kystiques n'ont rien à voir, cliniquement du moins, avec la maladie kystique de M. le professeur Reclus.

Multiplicité et bilatéralité sont les deux caractères fondamentaux du syndrome si bien décrit par M. Reclus. Les kystes que nous avons en vue sont uniques et unilatéraux. Nous ne saurions mieux les comparer qu'aux kystes papillaires de l'ovaire, aux épithéliomas kystiques du testicule.

D'autre part, nos épithéliomas kystiques se séparent nettement des « kystes cancéreux » qu'il n'est pas rare d'observer dans les sarcomes, les encéphaloïdes ; ils n'en ont ni la structure ni la symptomatologie. C'est cette distinction que bien des auteurs méconnaissent : nous n'en voulons pour preuve que le compte rendu d'une récente séance de l'Académie de chirurgie de Philadelphie, au cours de laquelle William J. Taylor, John H. Gibbon, John Deaver, William Rodman ont réuni sous la même rubrique, mastites chroniques kystiques du sein, épithéliomas kystiques, kystes cancéreux.

Le professeur Delbet, dans une communication récente à l'Association française pour l'étude du cancer, établit nettement la distinction entre le kyste formé par la sécrétion de cellules épithéliales et le kyste formé par la dégénérescence, la désintégration d'une portion de tissu néoplasique.

A propos d'une tumeur qu'il appelle épithélioma kystique mucoïde du sein, M. Delbet fait les réflexions suivantes : « Il reste un point douteux, celui de savoir « si l'accumulation de substance mucoïde est le fait « d'une sécrétion des cellules épithéliomateuses ou d'une « dégénérescence muqueuse du stroma... La réflexion « porte plutôt à croire à une métamorphose muqueuse « du stroma : l'absence totale de cellules en bordure des « kystes, la forme agglomérée des rares groupes de cel- « lules épithéliales qui subsistent, le flou et la bordure « conjonctive du kyste que l'on trouve en certains en- « droits amorphe, se désagrégeant et se confondant avec « le contenu, sont des constatations plutôt en faveur « d'une modification du stroma. » On ne peut mieux montrer la distinction qui existe entre ces deux variétés de kystes.

HISTORIQUE

L'histoire des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est de date relativement récente.

Cette variété de kyste mammaire a cependant été signalée depuis longtemps, mais ce n'est qu'assez récemment que ses caractères, en particulier son anatomie pathologique, ont été bien fixés.

Nous trouvons dans Cruveilhier et Demarquay des observations de « kystes prolifères » ; mais c'est dans les travaux de Labbé et Coyne, de Reverdin et Mayor, et surtout de Cornil que nous trouverons des documents intéressants.

Si nous suivons dans l'ordre chronologique les différents travaux ou observations qui ont trait aux épithéliomas kystiques de la glande mammaire, nous voyons que Lebert, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, en relate deux observations ; Velpeau, dans son *Traité des maladies du sein*, en décrit un cas.

Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, décrit plusieurs cas de kystes mammaires : nous avons cru devoir citer deux de ses observations parmi les plus caractéristiques.

En 1868 Demarquay publie deux observations de

kystes de la mamelle avec productions papillaires intra-kystiques.

Le premier travail d'ensemble paru sur la question est la thèse de Rogeau, en 1874.

En 1876 paraît le *Traité des tumeurs bénignes du sein* de Labbé et Coyne ; ces auteurs rappellent les différentes classifications des kystes de la mamelle et montrent que ceux qui nous occupent sont dus à une dilatation des canaux glandulaires, résultant de l'oblitération de ceux-ci par une tumeur endo-canaliculaire.

Cornil, qui déjà en 1869, après l'examen d'une tumeur enlevée par le professeur Richet, avait donné une première description de l'épithéliome papillaire à cellules cylindriques, confirme sa première description dans la deuxième édition de son *Manuel d'Histologie pathologique* (1884) et dans une série de communications et de présentations faites à la Société anatomique et clinique de Paris (1886-1889).

Vers la même époque, à l'étranger, un nombre relativement considérable d'observations sont publiées par Bilton Pollard, Robinson, Backer, Butlin et surtout Bowlby qui consacre plusieurs monographies à la question.

Reverdin et Mayor, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, donnent une observation anatomique et clinique très détaillée et ajoutent quelques considérations théoriques sur la genèse et le diagnostic de cette variété de kystes.

En 1894, Labrunie dans sa thèse inaugurale étudie l'épithélioma dendritique de Cornil tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique ; il rapporte plusieurs observations dont une inédite de

kyste végétant de la glande mammaire. Il reconnaît à ces kystes une nature maligne, fait remarquer que leur allure clinique est bien différente de celle du cancer et que le pronostic doit être considéré comme moins sévère.

Parmi les observations plus récentes, nous citerons celles de Ricard, Morestin, rapportées par Cornil, celles de Péraire, Mermet et Faitout, celle de notre maître, M. le Dr Guinard, publiée par Cléret.

Dans son étude sur le cancer du sein, Le Dentu apporte deux cas de kystes végétants opérés par lui. Il ne comprend pas ces deux observations dans sa statistique de cancers du sein opérés, vu le peu de tendance qu'ont ces tumeurs à récidiver ou à se généraliser.

Lecène, Frémicourt, Auvray, Baur, en France, Sperse, Blogood, en Amérique, ont publié les observations les plus récentes.

Le *Traité des tumeurs du sein* de Cornil (1908) met définitivement au point l'anatomie pathologique des épithéliomes kystiques de la glande mammaire.

Cornil montre les différences qui existent entre le fibro-adénome kystique et l'épithéliome kystique ; se basant sur les observations antérieurement publiées et sur des cas identiques constatés chez les animaux et étudiés par Petit (d'Alfort) il conclut que cette variété de tumeur, dont l'allure clinique est souvent bénigne, peut, dans certains cas, acquérir toute la malignité du cancer.

OBSERVATIONS

Observation 1

CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, p. 735, 1852.

Il s'agit d'une tumeur mammaire extirpée par M. Velpeau.

A l'œil nu, la tumeur est dure, granuleuse : on voit dans son épaisseur une poche ou kyste à parois blanches remplie de végétations qui naissaient d'un point de la poche comme par une colonne, laquelle se divisait en un grand nombre de végétations (géode kysteuse).

Au microscope, j'ai vu des culs-de-sac glanduleux se présenter sous l'aspect de lignes étroites, curvilignes, se réunissant à angle. Ces culs-de-sac renfermaient des granulations qui paraissent n'être autre chose que des épithéliums.

Observation 2

CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, p. 745, 1852.
Tumeur extirpée par M. Velpeau chez une femme de 40 ans, diagnostiquée cancer encéphaloïde.

Cette tumeur, du volume d'un petit œuf, présentait :

1° Dans une petite partie de son étendue, la disposition fibreuse pure ;

2° Le reste de la tumeur était constitué par un kyste multiloculaire qui contenait un liquide visqueux, synoviforme, kyste multiloculaire de la face interne duquel s'élevait une multitude de végétations en forme de framboises.

1° *Partie dure.* — La partie dure se présentait sous un aspect blanchâtre, cartilagineux. La coupe paraissait au premier abord celle d'un corps plein ; mais quand on l'étudiait avec soin, on voyait qu'elle était creusée de *géodes* remplies par des végétations ou papilles très rapprochées, fortement tassées, qui se séparaient facilement les unes des autres : ces papilles, très inégales quant à la forme et au volume, présentaient dans leur longueur des renflements réunis par des filaments. Ces papilles étaient beaucoup plus molles que le reste de la tumeur ; quelques-unes offraient une couleur rosée.

2° *Partie kysteuse.* — Ce sont des *géodes kysteuses*, communiquant les unes avec les autres par des orifices plus ou moins étroits ; quelques filaments épais et durs vont de l'une à l'autre des parois de ces géodes : des végétations tantôt isolées, tantôt groupées sous la forme de framboises, les unes pédiculées, les autres sessiles, proéminaient dans la cavité des géodes et baignaient dans le liquide synoviforme. Ces végétations en grappes étaient formées par des papilles terminées chacune par une extrémité arrondie. Il y en avait de rouges comme si elles avaient baigné dans le sang, d'autres étaient rouge clair, quelques-unes de couleur jaunâtre.

Observation 3

Demarquay. — *Kyste de la mamelle avec productions papillaires à son intérieur* (*Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 466).

Mme X..., âgée de 46 ans, a toujours eu une santé excellente et n'a jamais éprouvé de dérangement des fonctions utérines. Mère de six enfants, elle n'en a jamais nourri aucun ; cepen-

dant, elle a toujours eu, dit-elle, beaucoup de lait et, à chacune de ses couches, se faisait par le mamelon un écoulement laiteux abondant pendant plusieurs jours, quelquefois plus d'un mois. Jamais elle n'a eu de douleur dans le sein, jamais non plus de contusion de cet organe.

Il y a deux ans et demi seulement, cette dame s'aperçut, par hasard, de la présence d'une petite grosseur à la partie interne et inférieure du sein droit; elle la montra à son médecin, le Dr Boyer, qui n'y attacha point d'abord d'importance, mais quelques mois après, la tumeur ayant augmenté de volume, il lui donna le conseil de se faire opérer. Comme elle ne souffrait aucunement, elle refusa et attendit jusqu'à ces derniers temps, faisant simplement des onctions de nature diverse sur la tumeur qui, malgré cela, grossissait toujours.

Il y a quatre mois environ, elle ressentit pour la première fois quelques douleurs : des élancements légers dans la tumeur, surtout à l'époque des règles. Ces douleurs spontanées devenaient un peu plus vives dans les mouvements du bras. Aussi Mme X... finit par se décider à l'opération qui fut faite le 8 août.

A ce moment, on constate dans la région mammaire droite une tumeur dont le volume égale au moins celui des deux poings. Cette tumeur dont la surface à peu près uniforme offre pourtant quelques bosselures, est d'une consistance générale assez ferme, mais présente des parties dures évidemment solides et d'autres portions rénitentes donnant la sensation d'une poche remplie de liquide ; l'élément liquide paraît même prédominer sur l'élément solide. Quant aux bosselures qui font relief sur les parties dures, elles sont probablement constituées par des kystes plus petits. Le mamelon n'est point rétracté et ne laisse couler aucun liquide.

La peau n'adhère point à la tumeur, mais elle est tendue, d'un rouge brun ou violacé dans les points les plus tiraillés et, par suite, peu mobile. La tumeur se déplace assez difficilement sur les parties profondes; les ganglions axillaires ne sont pas atteints,

mais la malade se plaint de douleurs dans le moignon de l'épaule lorsqu'on écarte le bras du tronc Quant aux troubles fonctionnels, ils se réduisent à cette immobilité du bras et à quelques douleurs légères et fugaces. La santé générale est d'ailleurs très bonne, l'appétit conservé, pas d'amaigrissement ni de cachexie.

La malade étant maintenue dans l'anesthésie chloroformique, M. Demarquay pratique deux incisions courbes circonscrivant un lambeau cutané, elliptique dans lequel se trouve compris le mamelon, et destiné à être enlevé avec la tumeur. La peau est disséquée sur tous les côtés. A ce moment l'un des kystes est intéressé par le bistouri et donne issue à deux verres environ d'un liquide jaunâtre, trouble, un peu granuleux. Malgré cela, l'opération s'achève rapidement et la tumeur est séparée des parties profondes avec quelques fibres du muscle grand pectoral qui lui adhère intimement.

La tumeur enlevée, des ligatures nombreuses sont appliquées tant sur les vaisseaux du tegument que sur ceux du grand pectoral et la cavité est bourrée d'ouate. On rabat ensuite les deux lambeaux de peau et le tout est recouvert d'une légère couche d'ouate et maintenu par un bandage de corps.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la plaie est actuellement en bonne voie de guérison.

Examen de la tumeur.— La tumeur enlevée se compose essentiellement de deux parties : le grand kyste, vidé pendant l'opération et le reste de la production morbide constitué par un tissu d'apparence fibreuse et de petits kystes.

Sur une coupe antéro-postérieure, on voit que le grand kyste forme les deux tiers ou même les trois quarts de la tumeur ; le liquide évacué n'a malheureusement pu être conservé, mais on peut approximativement évaluer sa quantité à 300 grammes. Quant aux parois de ce kyste, elles sont constituées dans les trois quarts de leur étendue par une membrane fibreuse résistante de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et dans la partie supérieure par la portion fibreuse de la tumeur. On trouve à la face

interne de cette paroi qui est lisse et présente l'aspect d'une séreuse, des saillies arrondies formées par des kystes plus petits qui proviennent à la fois du côté de la peau et du côté du grand kyste et, de plus, des anfractuosités à surface lisse également arrondies et allongées, dans lesquelles on ne trouve l'ouverture d'aucun conduit, comme on pourrait s'y attendre.

Mais la particularité la plus intéressante est l'existence à la partie supérieure de la cavité d'une masse végétante du volume d'un œuf de poule. Reliée à la paroi par des tractus nombreux, d'apparence fibreuse, cette masse paraît constituée par des végétations. Si on isole l'un des tractus qui lui servent de pédicule, on remarque qu'il se divise bientôt et se subdivise en trois ou quatre filaments, lesquels se terminent par une extrémité plus grosse et comme granuleuse. Outre ce grand kyste, dont la forme générale est à peu près celle d'un ovoïde, on trouve sur la tumeur ou dans son épaisseur un certain nombre de kystes du volume d'une noisette à une noix, kystes plus irréguliers, anfractueux, mais remarquables aussi par la présence, dans la plupart d'entre eux, de végétations analogues à celles du grand kyste. Le contenu de tous ces kystes a à peu près la même constitution, c'est un liquide granuleux d'une teinte jaune ocrée ou brune plus ou moins foncée. Quelques-uns communiquent avec le grand kyste. Dans aucun d'eux on ne trouve un orifice de communication avec un conduit que lorsque enfin la masse fibroïde elle-même a une constitution presque complètement analogue. Elle n'est point, en effet, composée uniquement de tissu fibreux, mais en l'examinant attentivement, on reconnaît qu'elle est formée par des tractus blancs et résistants circonscrivant des cavités, et dans ces cavités on trouve toujours les mêmes productions végétantes, seulement elles ne baignent point dans un liquide. Dans quelques-unes de ces cavités, on trouve une matière jaunâtre un peu épaisse, caséeuse; d'autres sont complètement remplies par la production végétante. Enfin, en recherchant avec soin à la surface de la tu-

meur, on trouve en plusieurs points, et notamment à sa partie inférieure, des restes de la glande mammaire atrophiée et fibreuse.

Examen histologique. — La paroi du kyste est constituée par le tissu conjonctif en faisceaux assez volumineux séparés par des éléments cellulaires normaux affectant une disposition longitudinale.

Au niveau des points où les végétations se détachent de la paroi, la direction des éléments cellulaires change et de cette paroi partent des prolongements formés du même tissu, c'est-à-dire du tissu conjonctif. Après un court trajet, ces prolongements se divisent et se subdivisent chacun en trois à six processus plus petits et chacun d'eux est recouvert sur toute sa surface d'une sorte de gangue granuleuse qui, écrasée sous la lamelle mince de verre, paraît composée de cellules épithéliales plus ou moins altérées ; elles sont en effet chargées de granulations graisseuses et affectent une forme variable, sphérique pour la plupart d'entre elles. Quelques-unes sont pavimenteuses, d'autres cylindriques. Sur la paroi même on trouve aussi de ces cellules épithéliales. Chacun des petits prolongements, pris à part, ressemble assez bien à un cul-de-sac glandulaire ; mais à son centre, on trouve un faisceau de tissu conjonctif difficile à voir, il est vrai, à cause de l'opacité des épithéliums, mais perceptible cependant s'il est coloré par la solution de carmin.

Observation 4

DEMARQUAY. *Kystes multiples de la mamelle.*

Mme T... (Marie), âgée de 70 ans, sans profession, née à Clermont, veuve, entre à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay, le 28 mars 1867.

La malade porte une tumeur du sein gauche. Il y a vingt-deux ans, elle s'aperçut qu'il sortait un liquide assez clair par

le mamelon de ce côté ; quelques années plus tard l'écoulement étant plus abondant, se renouvelant à des époques de moins en moins éloignées, la malade s'en préoccupa davantage. Elle crut remarquer alors que le liquide s'était modifié, qu'il était devenu plus épais, plus consistant et ressemblait à du lait. Une petite tumeur apparut à la même époque, et graduellement la malade vit son sein augmenter de volume.

Cette augmentation de volume n'est pas très considérable si on compare la mamelle du côté opposé. La malade n'a jamais souffert et ne souffre pas positivement de sa tumeur, mais ayant consulté des médecins qui lui ont conseillé une opération, elle demande cette opération.

Cette tumeur est dure en certains points, surtout à la base ; en d'autres points elle présente de la fluctuation. Au-dessous du mamelon existe surtout une grande poche fluctuante.

Elle n'adhère pas au grand pectoral ; on sent des bosselures, des inégalités, des dépressions sur toute la surface de la mamelle. La peau est amincie au niveau des poches fluctuantes ; elle présente de la rougeur sur toute l'étendue du kyste situé au-dessous du mamelon.

M. Demarquay, le 30 mars, ponctionne ce kyste inférieur ; il recueille environ 30 grammes d'un liquide verdâtre peu consistant et d'une odeur légèrement fétide. L'affaissement des parois de la poche lui permet de constater la présence d'autres petits kystes situés plus profondément. M. Demarquay se décide alors à pratiquer l'extirpation de toute la glande mammaire. Une des premières incisions avec le bistouri crève une des poches supérieures, dont le liquide s'échappe en jet ; l'énucléation de la glande est faite néanmoins très rapidement.

Les ligatures posées, des éponges sont laissées à demeure et un simple pansement à la glycérine appliqué.

Examinée après son extirpation, on constate que la tumeur doit son volume à plusieurs petits kystes ne communiquant pas entre eux, mais accolés les uns aux autres.

M. Demarquay ouvre six de ces loges ou kystes, et dans chacune il trouve le même liquide, de même couleur brun verdâtre et une ou deux végétations sur une des parois de chaque loge.

L'examen du liquide et des fongosités est fait au microscope par M. Audhoin, interne à la Maison de santé.

Selon lui, la tumeur est formée d'une série de kystes et d'une partie pleine, molle, irrégulière, du volume d'une grosse noix.

La paroi des kystes est assez épaisse ; elle mesure 1 à 2 millimètres. Elle est constituée par du tissu conjonctif très dense, dont les fibres sont toutes réunies en faisceaux, séparés par des interstices (corps fusiformes fibro-plastiques) remplis de granulations et de globules graisseux.

La face externe de ces kystes, dans une grande étendue, se confond avec le tissu cellulaire avoisinant, et en certains points elle s'unit à la partie profonde de la peau.

La face interne est lisse et dépourvue d'épithélium.

Le contenu des kystes est liquide; on y trouve des globules rouges nombreux, des corps granuleux, la plupart polyédriques, volumineux, des globules de graisse et des cristaux de cholestérine.

En examinant le fond des kystes, on voit des espèces de végétations s'élevant de leur surface interne, et qui forment une saillie assez prononcée à l'intérieur des cavités.

Une coupe complète de la tumeur permet de bien saisir les rapports qui existent entre ces kystes et ces végétations. Les végétations ne sont que la surface irrégulière de la partie pleine de la tumeur, partie qui, à la coupe, présente un aspect spongieux, granuleux, et qui est profondément divisé en aréoles par les prolongements des parois. On fait suinter de ces aréoles, par la pression, un liquide lactescent, contenant : des noyaux libres, arrondis, petits, finement granuleux, des noyaux de même aspect inclus dans des cellules petites, uninucléées, rondes, ovales, fusiformes.

Des coupes faites à travers ces parties montrent : des noyaux semblables aux précédents, les uns disséminés entre les fibres, les autres contenus dans des espaces fusiformes, étoilés, anastomosés entre eux ; enfin un très petit nombre de tubes glandulaires, revêtus de leur épithélium, et des vaisseaux remplis de globules rouges.

L'analyse clinique du liquide est faite par M. Pouillet, pharmacien en chef de la Maison de santé, et voici le résultat de son analyse :

Le liquide, d'une couleur rouge brunâtre foncée, présente un aspect chatoyant très remarquable, qui le fait paraître gras à sa surface.

L'examen au microscope fait reconnaître que cette apparence est due à la présence d'une multitude de petites lamelles quadrangulaires, très nettement cristallisées, qui flottent au milieu du liquide, en même temps que des globules sanguins.

La forme cristalline des tables fit soupçonner la cholestérine.

Pour s'en assurer, une partie du liquide, trop épais pour être filtré, fut évaporée jusqu'à siccité ; le résidu pulvérisé fut repris par l'éther, et la solution, filtrée et évaporée, abandonna les mêmes lames cristallines.

On put alors s'assurer que cette matière, ainsi isolée et à peu près pure, présentait les réactions caractéristiques de la cholestérine, signalées par M. Schiff. Pour rendre l'identité plus certaine, on opéra comparativement sur un échantillon de cholestérine pure.

Le liquide ne tenait en suspension que de la cholestérine et des globules sanguins. Il renfermait lui-même une quantité d'albumine assez grande pour que, chauffé à 100°, il se prît en masse solide.

Pour apprécier cette quantité, on pesa exactement 5 grammes de liquide qu'on fit évaporer au bain-marie, jusqu'à ce que la capsule qui le renfermait ne perdît plus de son poids ; le résidu pesait 40 centigrammes.

Épuisé par l'éther et desséché de nouveau, il ne perdit que 1 centigramme environ de son poids ; la partie dissoute consistait en cholestérine avec des traces de matière grasse.

Enfin le résidu épuisé par l'éther et calciné, fournit une très petite quantité de cendres où l'on put constater cependant la présence de chlorures, sulfates et carbonates alcalins.

Ajoutons qu'on ne put constater, dans le liquide, la présence de la matière colorante de la bile ; on n'y retrouva également pas de sucre en quantité sensible, même après élimination complète des matières albumineuses qui auraient pu masquer sa présence.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, on ne remarqua qu'un petit mouvement fébrile le soir, et un peu d'agitation chez la malade. Le pouls était de 92 à 104, et la température prise sous l'aisselle de 37° 1/5 à 37° 3/5.

Le 2 avril, il se déclara un érysipèle autour de la plaie, complication qui donna des inquiétudes jusqu'au 9 avril. Le pouls monta alors jusqu'à 112 pulsations, et la température jusqu'à 39° 3/5.

A dater du 9 avril, la rougeur érysipélateuse diminua sensiblement, et la plaie marcha rapidement à la cicatrisation. Elle était presque complètement fermée lorsque l'opérée quitta la maison de santé le 28 avril.

Observation 5

Coyne. *Kyste très volumineux, ancien.*

(In *Traité des tumeurs bénignes du sein.*
Léon Labbé et Paul Coyne, Paris, 1876, p. 206.)

La nommée N..., âgée de 49 ans, entre à Necker, service de M. le Dr Guyon, le 14 juin 1874, pour une tumeur kystique du sein.

Cette femme est d'une santé vigoureuse; on ne note aucun antécédent héréditaire. Elle est encore actuellement réglée d'une façon régulière; elle a eu quatre enfants, le dernier il y a quatorze ans.

Elle s'est aperçue depuis dix ans de l'existence de la tumeur pour laquelle elle vient se faire soigner. A cette époque, cette production morbide, peu volumineuse, siégeait en dehors du mamelon, se présentait sous la forme d'une petite bosselure roulant sous le doigt ; elle n'avait contracté aucune adhérence avec la peau.

Lorsque la malade pressait sur la tumeur, il s'écoulait un liquide sanguinolent par le mamelon ; mais au bout de quelques années cet écoulement disparut, et pendant longtemps la tumeur resta stationnaire. Il y a deux ans et demi elle a augmenté assez brusquement de volume et est devenue fluctuante. A ce moment un médecin la ponctionna avec un bistouri et il s'écoula environ deux verres d'un liquide rougeâtre et visqueux. Depuis cette époque, ce trajet dans lequel on avait mis une mèche pendant un certain temps, s'est organisé; à son niveau il s'est developpé une petite masse de bourgeons charnus et il est devenu fistuleux d'une façon intermittente.

A plusieurs reprises, il est sorti de cette poche, par cet orifice, une quantité notable (1 litre environ) du même liquide sanguinolent.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la santé de la malade était très bonne. On constata l'existence d'une tumeur volumineuse, développée dans la partie du sein droit qui est au-dessous du mamelon. Cette tumeur est molle, flasque ; on sent qu'elle est constituée, en partie par des poches arrondies et fluctuantes et en partie par d'autres poches très vastes et actuellement vides.

Il n'y a pas d'adhérences aux parties profondes; la peau n'est pas envahie, mais elle est adhérente à la poche antérieure de la tumeur, autour du champignon ulcéré correspondant au tra-

jet fistuleux dont nous avons parlé. Ce champignon est situé à 5 centimètres en dehors et au-dessous du mamelon. On observe un écoulement abondant d'un liquide hématique foncé par l'orifice du trajet fistuleux. Il n'existe pas de ganglions dans l'aisselle.

Il n'y a rien de particulier dans le sein gauche.

La malade est opérée le 24 mai. La tumeur est assez facilement énucléable ; *elle est cependant assez adhérente par places et on enlève une très petite partie de la glande mammaire.*

Examen anatomique. — Elle est constituée principalement par trois poches kystiques assez vastes et remplies d'un sang noirâtre. Les parois de ces poches sont fibreuses. Sur plusieurs points de la face interne sont attachés de gros bourgeons charnus, plus ou moins fongueux et saignants. Une partie de ces bourgeons s'est détachée et nage dans le liquide. Ces trois grandes poches sont entourées de nombreuses bosselures formées d'un tissu dur. Elles sont plus ou moins bien enkystées et on y retrouve tous les degrés de la formation kystique avec bourgeons intérieurs. Le contenu liquide de ces petits kystes est jaunâtre, visqueux, mais peu abondant.

Examen microscopique. — Les productions intrakystiques sont formées par des végétations papillaires *très ramifiées* et recouvertes par un épithélium cylindrique. La *nervure* centrale de chacune des végétations est constituée par du tissu conjonctif dont les faisceaux se dirigent à droite et à gauche et divergent vers le sommet pour former les nervures secondaires. Chacune de ces bandes de tissu fibreux est très allongée et chacune de leurs faces est recouverte par de l'épithélium cylindrique. Comme elles sont appliquées très étroitement les unes contre les autres, elles rappellent assez exactement la disposition des *lames et lamelles de l'écorce cérébelleuse.* Toutes les coupes, passant par la partie centrale d'une de ces végétations et exactement perpendiculaires, rappellent l'arbre de vie du cervelet.

Dans certains points, les parties profondes des anfractuosités sont remplies par des épithéliums desquamés et en voie de désintégration granulo-graisseuse.

Les parois du kyste sont constituées par du tissu fibreux; les petites bosselures périphériques font voir le début de l'altération. Ce sont de petits kystes glandulaires dans lesquels existent des végétations papilliformes, fibreuses, très divisées et recouvertes d'épithélium cylindrique.

Le tissu de ces végétations est encore jeune, les vaisseaux y sont développés et à parois peu épaisses.

Observation 6 (Résumée)

MALHERBE. *Tumeur kystique de la mamelle. K. prolif.* (*Soc. anat. de Nantes*, 1884.)

M. Malherbe présente une assez volumineuse tumeur du sein qu'il a enlevée à une femme âgée de 65 ans. La tumeur avait débuté depuis trois ou quatre ans au moins, et avait donné lieu à un écoulement assez abondant de sérosité roussâtre par le mamelon. Du reste, la tumeur paraissait être bénigne : pas d'adhérences, pas de ganglions, pas de douleurs, marche lente. Ce n'est que trois ans après le début du mal, que la malade consentit à se faire opérer. L'opération fut excessivement simple, et une réunion par première intention eut lieu. En examinant la pièce, on trouve qu'elle est composée d'un grand kyste contenant un liquide louche et d'une grosse masse de végétations faisant saillie dans l'intérieur du kyste. Des coupes pratiquées sur ces végétations montrent qu'il s'agit d'une sorte d'adénome végétant : de délicates cloisons connectives sont tapissées par un épithélium cylindrique long et touffu, ayant, par places, tendance à se stratifier. Le centre des cavités contient fréquemment des détritus granuleux ou une matière d'apparence colloïde. Lorsque entre les surfaces tapissées d'épithélium il y a une masse connective

d'une certaine épaisseur, on constate fréquemment dans cette masse l'altération si fréquente dans les productions fibro-muqueuses, que nous appellerons dégénérescence mycélioïde. Dans d'autres points cette trame est sillonnée par des rangées de cellules épithéliales qui, par places, rappellent l'envahissement du tissu fibreux par des masses épithéliomateuses. Ce fait est assez intéressant et montre par où l'adénome, tumeur bénigne, se rapproche de l'épithéliome, tumeur maligne et envahissante. Cet adénome kystique avec végétations rentre dans le groupe de ce qu'on a appelé kystes prolifères.

Observation 7 (Résumée).

Bilton Pollard. *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1886, vol. XXXVII, p. 483.

Femme âgée de 50 ans. Elle avait remarqué, depuis douze ans, un écoulement de sérosité teintée de sang se faisant par le mamelon. Cet écoulement dura trois ans sans aucun autre symptôme et fut ensuite suivi par un néoplasme verruqueux faisant saillie au dehors du mamelon. Quoiqu'il eût été détruit pendant longtemps par des caustiques et des ligatures, il continua à augmenter et, dans le sein, se forma une masse dure s'étendant à deux pouces du mamelon, mais n'ayant pas envahi la peau, ni infecté les ganglions.

Après l'ablation du sein, on constata que le néoplasme avait une couleur rouge noirâtre, d'apparence granuleuse et de consistance friable.

L'examen microscopique montra que la tumeur était un papillome arborescent. Elle était formée de tissu conjonctif très délicat poussant des prolongements papillaires recouverts de deux ou trois couches d'épithélium.

Observation 8

Anth. A. Bowlby. *Cancer villeux du sein.*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports.)

Éliza C..., âgée de 43 ans, entre à Laurence-Ward, dans le service de M. Backer, le 16 septembre 1883.

La malade avait remarqué la présence de quelques tumeurs dans le sein gauche il y a quatre ou cinq mois. En examinant le sein, on trouvait quelques tumeurs dures et arrondies. Les ganglions de l'aisselle n'étaient pas engorgés.

Le 12 septembre, M. Backer fit deux incisions sur la plus grosse de ces tumeurs et les enleva toutes facilement.

Je n'ai pas vu la malade à cette époque, et je n'ai jamais eu l'occasion d'examiner les tumeurs. mais le 2 mai 1887, la malade retournait à l'hôpital pour une récidive de la tumeur qui s'était produite depuis environ un an.

A ce moment dans le sein on trouvait une tumeur irrégulière et lobulée située au-dessous du mamelon, faisant saillie extérieurement, donnant une sensation d'élasticité et presque de fluctuation par endroits. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire et la peau n'était pas envahie ; aucun écoulement par le mamelon n'avait été noté.

Le 5 mai M. Backer enleva tout le sein et on constata que la tumeur était formée de nodules arrondis encapsulés qui, après incision, furent trouvés contenant de la sérosité teintée de sang et une tumeur rouge foncé, très molle et friable.

Quelques-unes de ces tumeurs étaient tout à fait distinctes de la masse principale. Un de ces nodules, en particulier, était si fortement pigmenté qu'il ressemblait à un sarcome mélanique. Quelques-unes de ces tumeurs siégeaient dans le sein, d'autres étaient situées dans le tissu environnant la glande.

La plaie marcha très bien et la malade fut soulagée.

En mars 1888, j'envoyai prendre des nouvelles de la malade pour savoir s'il n'y avait pas de récidive et je trouvai à la partie la plus inférieure de la cicatrice un petit nodule de la grosseur d'une noisette ; après plusieurs hésitations, la malade consentit à se laisser opérer. Après l'opération faite par M. Backer, un examen minutieux montra qu'il n'y avait pas d'autre tumeur ni d'infection des ganglions de l'aisselle.

La tumeur enlevée n'était pas aussi pigmentée que beaucoup de celles dont nous avons parlé dans les autres observations, mais elle n'en différait pas sous les autres rapports.

Observation 9

Anth. A. Bowlby. *Cancer villeux du sein.*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXIV.)

Florence S..., âgée de 29 ans, non mariée, entre à Président-Ward dans le service de M. Smith, le 1er avril 1886. Son histoire passée et celle de sa famille étaient bonnes. Elle avait d'abord remarqué une tumeur dans son sein en décembre 1885, son attention étant attirée par quelques légères douleurs. Depuis elle remarqua que la tumeur avait légèrement augmenté de volume. Il y avait eu un léger écoulement de liquide sanguinolent sortant par le mamelon.

État à l'entrée de la malade. — Sur la partie la plus proéminente et la plus extérieure du sein gauche se trouve une tumeur vague, de consistance irrégulière, ayant la grosseur d'un œuf de pigeon. La peau est irrégulièrement soulevée sur la tumeur, mais n'est pas adhérente. Il n'y a pas de ganglions engorgés. Le mamelon n'est pas rétracté.

Le 5 avril, M. Smith fit une incision sur la tumeur et vit que le sein était induré ; il enleva la tumeur avec environ la moitié de la glande mammaire.

En examinant la tumeur, on vit qu'elle était formée de plusieurs tumeurs distinctes en contact immédiat. Elles étaient contenues dans des kystes; de plus, le dernier contenait du sang coagulé et de la sérosité liquide.

La partie solide de la tumeur était rouge, molle, granuleuse et très friable, mais n'ayant pas l'aspect d'un sarcome ou d'un squirrhe du sein.

La malade fit une bonne convalescence, mais on n'a pas eu de ses nouvelles depuis son départ de l'hôpital, et on n'a pu obtenir aucune réponse aux lettres de demande, car elle avait quitté sa place après son départ.

Observation 10

Anth. A. Bowlby. *Cancer villeux du sein.*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXIV.)

Henriette N..., âgée de 44 ans, entre à Laurence-Ward, dans le service de M. Backer, le 7 juin 1886. Elle était mariée, avait cinq enfants. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, mais n'avait jamais pu donner à téter du sein droit. L'histoire de sa famille ne présente rien de notable, si ce n'est que sa mère était morte d'un cancer du sein.

L'histoire donnée par la malade apprit que, après une fausse couche survenue il y avait quatre ans, elle nota d'abord un léger écoulement par le mamelon droit, écoulement qui était toujours plus marqué à la période de la menstruation. Environ deux mois avant son entrée, l'écoulement avait été plus abondant et une tumeur était apparue en même temps un peu en dehors du mamelon.

État actuel. — La malade est une femme ayant les apparences d'une bonne santé. Juste au-dessous du mamelon se trouve une tumeur de la grosseur d'une noisette, incluse dans le reste du sein, ferme mais élastique au toucher, mobile sur les parties

profondes du sein et évidemment en connexion avec les conduits situés au-dessous du mamelon. Celui-ci n'est cependant pas rétracté et, en le pressant, il se produit un léger écoulement. Les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés.

Le 10 juin, la tumeur fut enlevée ; elle était formée de deux petits kystes contenant une excroissance molle, rouge et friable, avec un liquide sanguinolent. Cette excroissance avait une surface granuleuse et tenait à la paroi du kyste par sa plus grande partie. La paroi du kyste était continue avec le tissu voisin du sein.

Le 22 novembre, la malade faisait savoir que la tumeur ne s'était pas reproduite, mais qu'il y avait encore un écoulement par le mamelon.

Observation 11

Anth. A. Bowlby. *Cancer villeux du sein.*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXIV.)

Sarah B..., âgée de 39 ans, entre à Laurence-Ward, dans le service de M. Morant-Backer, le 26 février 1886, pour une tumeur du sein droit. Elle était mariée, avait eu cinq enfants et avait fait une fausse couche seize mois avant son entrée à l'hôpital.

Elle raconta que, environ sept mois avant qu'elle ne consultât M. Backer, elle remarqua une petite tumeur sur le sein droit et qu'un mois plus tard, elle vit se produire un écoulement par le mamelon qui continua par intervalles jusqu'à son entrée.

En examinant le sein droit, on vit une tumeur de la grosseur d'une noisette juste au-dessous du mamelon. Elle avait une forme arrondie, était élastique au toucher. En cherchant à provoquer la fluctuation, on fit sortir par le mamelon environ une cuillerée à thé d'une sérosité légèrement sanguinolente et la tumeur diminua subitement de volume.

Le 30 mars, la tumeur fut enlevée avec une portion des tissus

formant la base du mamelon. La tumeur était kystique et le kyste était formé par la dilatation de l'un des conduits galactophores.

Attachée dans la cavité du kyste, se trouvait une petite excroissance de forme papillomateuse d'un rose vif et semblable à une framboise.

Sur la surface du reste du kyste, étaient environ 10 ou 12 petites excroissances de la grosseur d'une tête d'épingle et toutes sessiles. La paroi du kyste était mince et membraneuse.

Le 22 novembre de la même année, la malade écrivait qu'elle était en bonne santé et qu'elle ne souffrait pas du sein.

Observation 12

Anth. A. Bowlby. *Cancer villeux du sein*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports, vol. XXIX.)

Mary-Anne H..., âgée de 67 ans, entre à Laurence-Ward, dans le service de M. Smith, le 25 août 1887. Elle était mariée, mais n'avait pas d'enfants. Santé générale bonne.

Elle disait qu'il y a quatre ans, elle avait remarqué une tumeur sur le sein gauche très près du mamelon. Pendant trois ans, elle n'avait éprouvé aucune douleur, mais un an avant son entrée, elle avait ressenti un peu de gêne et il s'était produit un écoulement de liquide rouge foncé sortant par le mamelon. Il y a une quinzaine de jours, le sein devint subitement enflammé et durcit ; cela avait continué ainsi depuis son entrée à l'hôpital.

État de la malade à son entrée. — La partie interne et inférieure du sein gauche est indurée et la peau à sa surface est rouge. Toute cette partie du sein est plus dure qu'à l'état normal. En deux endroits distincts, une fluctuation nette peut être perçue. Le mamelon est normal. Les ganglions ne sont pas hypertrophiés ni indurés.

Le 31 août, un des vaisseaux du kyste se rompit et laissa écouler une petite quantité de liquide rouge.

Le 1er septembre la malade fut amenée à la consultation. L'opinion générale fut que la tumeur était de nature maligne et que c'était probablement un carcinome squirrheux.

Le 2 septembre, on incisa la tumeur et une certaine quantité de liquide sanguin s'en échappa.

Comme ce traitement ne fut suivi d'aucune amélioration, M. Smith amputa le sein le 15 septembre.

L'examen consécutif montra que le sein était normal dans sa plus grande partie. Une incision pratiquée à l'endroit ponctionné le 2 septembre entra dans un kyste de la grosseur d'une noix, à parois molles. Ce kyste ne contenait pas de tumeur solide. Au-dessous du mamelon, se trouvait un autre kyste qui n'avait pas été ouvert. Il contenait un peu de liquide sanguinolent et une petite tumeur papillaire, granuleuse et friable, de coloration rouge foncé. Cette tumeur était en continuité avec un tissu induré et noduleux, situé partiellement dans la partie du kyste et partiellement dans le tissu avoisinant du sein. Sur une section, ce tissu avait les apparences d'un squirrhe.

En juillet 1888, la malade était tout à fait bien et on ne trouvait aucune tumeur dans le sein ni dans l'aisselle.

Observation 13

ANTH. A. BOWLBY. *Cancer villeux du sein.*
(Saint-Bartholomew's Hospital Reports., vol. XXIV.)

Suzanne S..., âgée de 64 ans, entre à Stitivel-Ward, dans le service de M. Backer, le 8 juin 1887. Elle avait été mariée et avait eu trois enfants. Sa santé générale avait été bonne. Sa mère était morte d'un cancer.

Dix-huit mois avant son entrée la malade avait remarqué dans

le sein gauche la présence d'une tumeur qui était à cette époque de la grosseur d'une noisette. Elle avait constamment augmenté de volume. Il n'y avait pas eu d'écoulement par le mamelon.

A l'examen on vit que dans le sein siégeait une tumeur considérable située en plus grande partie à la région interne de la glande. Il y avait plusieurs masses arrondies ; quelques-unes donnaient une sensation de fluctuation tandis que d'autres avaient une apparence solide. Le mamelon n'était pas rétracté : la peau n'était pas prise, les ganglions de l'aisselle n'étaient pas engorgés.

Le 9 juin. — La malade fut ramenée pour une consultation et l'opinion généralement exprimée fut que la tumeur était un sarcome kystique. On conseilla l'amputation du sein.

Le 16 juin. — On pratiqua l'opération et l'examen consécutif montra les lésions suivantes : la tumeur principale consistait en une série de kystes pleins de sang coagulé, de sérosité et contenant une tumeur molle, rouge et friable. La tension du kyste était considérable et avant d'être incisée elle donnait la sensation d'un corps solide. Quelques-uns de ces kystes ne contenaient que du sang noir non coagulé ; beaucoup de ceux-ci ne dépassaient pas le volume d'un pois.

Le 20 juin. — La malade fut atteinte d'un érysipèle et elle en mourut le 26 juin.

L'examen fait après la mort ne montra aucune tumeur ni dans le sein ni dans l'aisselle.

Observation 14

ANTH. A. BOWLBY. *Cancer villeux du sein.*

Caroline T..., âgée de 38 ans, entrait à Président-Ward dans le service de M. Butlin le 13 septembre 1888. Elle était mariée ; elle avait joui d'une bonne santé générale. Sa mère était morte d'un cancer du sein.

Elle avait remarqué la présence d'une tumeur dans le sein droit il y avait un an ; elle disait que cette tumeur avait augmenté très lentement. Trois mois avant son entrée, un écoulement sanguinolent commença à sortir par le mamelon et continua ainsi jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle n'éprouvait aucune douleur.

En examinant le sein on vit une petite excoriation sur le mamelon, et, en exerçant une légère pression, on fit sortir une goutte de sérosité fluide. En dedans du mamelon était une tumeur dure, de la grosseur d'une petite noix, mobile dans la glande, irrégulièrement arrondie et légèrement lobulée. Quoique siégeant près du mamelon il n'y avait pas de rétraction de celui-ci ; les ganglions de l'aisselle n'étaient pas engorgés.

Le 14 septembre. — On incisa la tumeur et on enleva une excroissance molle, rouge et friable, teinte en noir par endroits ; en même temps s'écoula du liquide sanguinolent avec du sang coagulé.

La plaie marcha bien et la malade quitta l'hôpital le 29 septembre.

Observation 15

H.-T. Butlin. *Cancer mélanique du sein.*
Transact. of the Path. Soc. of London, 1887,
vol. XXXVIII, p. 343.

La malade était une femme de 60 ans. Elle avait remarqué le début de sa tumeur du sein il y avait un an. Ce néoplasme avait le volume d'un œuf de poule ; il était situé en dehors du mamelon. Solide au toucher, irrégulier dans sa forme, il n'avait contracté aucune adhérence aux téguments. Il n'y avait pas de rétraction du mamelon. Les ganglions de l'aisselle n'étaient pas augmentés de volume.

Le sein fut enlevé en juin 1880 et on vit que la tumeur était

formée d'un kyste à parois limitées, ayant une coloration noire brunâtre, de consistance solide, mais friable.

Des récidives de néoplasmes identiques eurent lieu. Ils furent enlevés en juin 1882, février 1884 et octobre 1886, mais les ganglions ne furent à aucune époque envahis.

L'examen anatomo-pathologique montra que de la surface intérieure de la tumeur naissaient des prolongements ramifiés de tissu conjonctif très délicat, ayant par endroits une structure muqueuse. Tous ces prolongements étaient entièrement recouverts d'un épithélium cubique. Dans le tissu de quelques trabécules se sont produites des hémorragies.

Observation 16

Lemounier et F. Verchère. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1889, p. 345.

Mlle L..., âgée de 71 ans, a toujours été d'une excellente santé. Père mort hémiplégique ; la mère était atteinte d'une ascite ; trois frères sont morts ; l'un, d'une affection du cœur ; l'autre, d'une affection aiguë ; le troisième de phtisie pulmonaire.

Le 19 avril, elle vient consulter, pour un écoulement sanguin, qui se produit par le mamelon, du côté droit. De ce côté, on sent à la palpation une tumeur du volume d'une noix, dure, résistante ; on ne sent nullement la fluctuation. La tumeur est mobile sur les parties profondes. Autour d'elle, la glande mammaire est un peu plus résistante qu'à l'état normal ; néanmoins, du côté opposé, la glande mammaire donne la même sensation.

Dans l'aisselle, pas de ganglions.

L'opération est faite le 27 avril : ablation totale de la glande mammaire, suivie du curage de l'aisselle. A l'examen, la tumeur présente une cavité d'où s'échappe un liquide séro-sanguinolent. La paroi de la cavité est lisse, régulière. Un peu en dehors, on trouve implantée sur la paroi du kyste, par un pédicule de 2 à

3 millimètres de diamètre, une végétation fongiforme, dont la grosse extrémité présente le volume d'un gros pois ; elle est lisse, régulière, de consistance ferme.

Autour du kyste, la glande mammaire est indurée.

Examen histologique de M. Toupet :

1° La végétation est implantée sur la paroi, par un pédicule fibreux, qui ne tarde pas à se diviser en un nombre de branches considérable et se terminant par des extrémités arrondies. La charpente de cette végétation est surtout fibreuse ; les parties libres sont tapissées par un épithélium cylindrique, disposé sur une seule couche ; parfois, deux divisions de la végétation s'accolent et délimitent une cavité tapissée également, par le même épithélium cylindrique. La nature de cette végétation n'est pas douteuse, il s'agit d'un épithéliome dendritique du sein.

2° Dans les parties voisines, légèrement indurées, les parois des acini glandulaires sont hypertrophiées, les canaux galactophores sont dilatés, remplis de cellules en détritus, et quelques globules de pus. Dans le tissu conjonctif voisin, on aperçoit, autour des vaisseaux, quelques traînées d'éléments embryonnaires, mais nulle part on ne trouve d'amas épithéliaux dans le tissu conjonctif. Il n'y a pas trace de carcinome.

Observation 17

Reverdin et Mayor. *Épithélioma kystique du sein* (*Revue Méd. de la Suisse Romande,* 1890, p. 464).

Mme de X..., 42 ans, m'est adressée par le Dr Carrard fils, de Montreux, et vient me consulter le 2 mars 1888.

Elle porte au sein gauche deux tumeurs : l'une en bas et en dedans, l'autre sous le mamelon. Les ganglions axillaires du côté gauche sont augmentés de volume. Ces tumeurs qui ont subi des alternatives d'accroissement et de diminution ont aug-

menté depuis l'automne, comme le Dr Carrard l'a constaté, et le mamelon est le siège d'un écoulement sanguinolent.

Voici l'histoire de la malade :

Née en 1846, mariée en 1865, elle a eu six enfants, l'aîné en 1867, le dernier en 1876 ; elle n'en a nourri aucun ; son lait a toujours passé facilement. Il est possible qu'elle ait reçu des coups sur le sein, mais elle n'en a pas le souvenir. Il n'y a pas de tumeurs dans sa famille ; sa mère est morte d'étranglement interne, une sœur d'un abcès de l'estomac (?), une autre en couches, son père est bien portant ainsi que deux autres sœurs.

Dans l'été de 1879 elle prenait des bains salés, lorsqu'elle ressentit des douleurs dans le sein gauche et s'aperçut qu'il s'écoulait par le mamelon quelques gouttes d'un blanc jaunâtre ; dans le courant de 1880, cet écoulement continuait, mais il était devenu un peu sanguinolent, et augmentait les jours qui précédaient les règles.

Dès le début la malade avait constaté l'existence de deux tumeurs distinctes dans le sein gauche ; elle affirme qu'au bout de quelque temps ces tumeurs disparurent. Au mois de mai 1887, tout d'un coup le sein commença à devenir douloureux et dur, puis au bout de quelques jours un écoulement se produisit par le mamelon et le sein reprit sa souplesse : à la fin de juillet 1887, les Drs Stande, de Hambourg, et Voigt, qui examinèrent le sein n'y trouvèrent plus rien d'anormal. Au mois de novembre le sein se tuméfie de nouveau, les deux tumeurs reparaissent et l'écoulement sanguinolent se reproduit. Depuis cette époque le sein est en outre le siège d'élancements et de battements.

Les règles sont régulières, assez fortes, durent huit jours ; ordinairement pendant leurs cours, les tumeurs augmentent de volume et les douleurs sont plus vives.

Mme de X... a toujours été nerveuse et anémique ; elle a souffert à l'âge de 15 ans d'un rhumatisme articulaire aigu. En 1879, à la suite de ses couches, elle a été atteinte de métrite chronique traitée par le raclage. A la même époque, atteinte d'une faiblesse

du dos, on lui a fait porter un corset qui a déterminé l'apparition de ganglions dans l'aisselle gauche ; ils ont persisté depuis.

En 1887 après un refroidissement, elle est prise de faiblesse des deux jambes mais surtout de la droite, avec secousses nerveuses dans cette jambe ; on lui fait faire plusieurs cures de bains salés, et on parle d'exsudat à la colonne vertébrale.

Actuellement l'état général est bon, l'appétit conservé : cependant Mme de X... a un peu maigri depuis le mois de novembre et son mari me dit qu'on la trouvait changée.

État actuel. — État général assez bon, embonpoint médiocre, appétit conservé ; encore de la faiblesse de la jambe droite qui oblige la malade à se servir d'une canne.

Foie normal, cœur normal, pas de toux, urine sans albumine ni sucre.

Les seins sont peu développés ; les deux mamelons sont au même niveau ; les deux seins de volume égal, peut-être légère différence en plus à gauche ; la malade renversée en arrière, légère saillie à la partie inféro-interne de la glande. Le mamelon gauche n'est pas précisément rétracté, mais il est un peu plus gros que le droit, et entouré d'un sillon circulaire peu profond ; légère excoriation à sa surface à un endroit par où suinte goutte à goutte un liquide rouge légèrement brunâtre, sanguin. Par la palpation on sent à la partie inféro-interne au niveau de la saillie une tumeur du volume d'une noisette presque ronde, un peu ovale, parfaitement lisse, dure et élastique ; elle est assez mobile, mais dans des limites peu étendues, la peau est sans adhérences à son niveau. Elle est un peu douloureuse à la pression ; si on la fixe et qu'on tire sur le mamelon dans différents sens on sent qu'elle suit les mouvements de cet organe.

Sous le mamelon, seconde tumeur formant une plaque dure, occupant l'aréole ; cette plaque discoïde semble avoir la dimension d'une pièce de 2 francs, elle est sensible ; la pression fait sourdre du liquide par le mamelon ; la pression sur l'autre tumeur ne produit pas cet effet.

Dans l'aisselle gauche plusieurs ganglions gros comme de petits haricots, mobiles. Rien dans le creux sus-claviculaire. Rien dans l'aisselle droite. Sensibilité marquée sur le trajet du nerf médian droit.

J'hésite comme diagnostic entre l'épithélioma intra-canaliculaire et la maladie de Reclus.

Vu l'âge de la malade, l'existence des ganglions, l'hémorragie continue, je conseille l'opération. La malade s'y décide, mais attendra la fin de ses règles pour revenir de Montreux. Pendant ce temps, il se fait par le mamelon un écoulement de sang assez abondant pour qu'on fasse appeler le Dr Carrard ; cet écoulement sanguin finit par s'arrêter et est remplacé par un écoulement séreux, trouble.

La malade arrive le 17 mars à Genève et entre dans notre clinique particulière.

Opération le 18 mars 1888. — Éthérisation. Je fais d'abord une incision exploratrice sur la tumeur inféro-interne, celle-ci a l'apparence bleuâtre d'un kyste, et fait corps avec la glande ; en cherchant à l'enlever, le kyste crève et il s'échappe un peu de liquide en même temps que se présente dans l'ouverture une masse friable de tissu gris rosé. Je circonscris alors, en continuant mon incision, le mamelon par deux incisions dirigées en haut vers l'aisselle, j'enlève la plus grande partie de la glande en allant jusqu'aux fibres du grand pectoral.

Ligatures au catgut. La plaie recouverte d'une compresse phéniquée, je prolonge l'incision dans l'aisselle et évide celle-ci en bloc, en cherchant à ménager les nerfs, ce que je réussis à faire. Ligatures au catgut.

J'enlève alors le mieux possible ce qui est resté de la glande ; en bas et en dedans sous le bord interne de la plaie est restée une partie de glande renfermant deux *petits kystes* à contenu verdâtre que je n'avais pas sentis ; en bas et en dehors j'enlève aussi du tissu évidemment glandulaire.

Lavage à l'acide phénique à 5 %. Deux drains côte à côte

sortent par une contre-ouverture à travers le bord du grand dorsal.

Suture de Girard pour la partie thoracique de la plaie, mais non pour la partie axillaire, suture continue à la soie des bords de la plaie.

Pansement : naphtol β, gaze naphtolée, ouate benzoïque, éponge et bande de flanelle.

Les suites de l'opération à part quelques incidents sont très simples ; la plus haute température est de 38° dans l'aisselle, le 19 au soir. Le 20, au premier pansement, on enlève un des drains et les sutures de Girard ; le 21 la malade se lève ; au second pansement, le 22, on enlève les deux drains et toutes les sutures ; bandelettes collodionnées ; la réunion s'est faite par première intention et l'opérée retourne à Montreux le 27.

Les petits incidents sont d'abord des douleurs assez vives dans le bras gauche jusqu'au coude dès le lendemain de l'opération, douleurs qui ont du reste assez rapidement disparu, puis l'apparition le 23 au soir d'un gonflement dur, avec légère rougeur de la peau, et sensation de brûlure à la face interne du même bras, le tout sans fièvre et disparaissant sans laisser de traces au bout de quatre jours ; probablement, il s'agit là de troubles vaso-moteurs.

J'ai eu depuis à plusieurs reprises, grâce à l'obligeance du Dr Carrard, particulièrement en décembre 1889 et en juin 1890, des nouvelles de Mme de X... ; elle dit se porter mieux que jamais ; la cicatrice est mobile et n'est plus douloureuse ; le bras qui l'année dernière était encore très raide et sensible, est maintenant aussi libre que le droit et n'est plus le siège d'aucune douleur.

Examen de la pièce à l'œil nu. — En fendant la glande sous le mamelon, de la partie profonde à la partie superficielle, on tombe dans une cavité kystique du volume d'une noisette à parois lisses ; sur un point de cette paroi est implantée une tumeur gris rosé en général, rouge brun dans un point ; cette tumeur

végétante, molle, analogue à celle qui est sortie du kyste interne remplit presque toute la cavité. A son voisinage on remarque sur la coupe deux îlots de tissu blanc, saillant sur la coupe comme des corps fibreux, l'un rond, du volume d'un pois, l'autre en biscuit paraissant formé des deux îlots réunis.

Je fais trois coupes successives à 1 ou 2 centimètres de distance entre le mamelon et la tumeur interne, et je trouve une traînée de tissu pathologique qui s'étend jusque tout à fait en dedans ; il n'est pas sûr qu'elle fût en connexion directe avec la tumeur interne, mais elle arrive à son voisinage. Sur la première coupe on trouve un petit kyste verdâtre à paroi lisse et plusieurs kystes non ouverts plus petits entourés d'un tissu marbré avec des vaisseaux dilatés. Sur la seconde coupe une cavité remplie de végétations molles et plusieurs autres orifices, tissu blanchâtre autour, paraissant adhérent aux tissus voisins, en particulier au tissu adipeux. Sur la troisième coupe, îlot marbré de gris et de blanc. Cette traînée de tissu morbide forme une colonne irrégulière arrondie de 1^{c} 5 de diamètre environ.

La glande voisine est blanche, dure, homogène, paraît sclérosée ; elle est fondue en quelque sorte avec les tissus voisins, le tissu adipeux en particulier, comme dans le carcinome.

Il y avait quelques petits kystes verdâtres dans la masse de glande que j'ai enlevée à la partie interne à la fin de l'opération ; très probablement la traînée morbide était en connexion avec eux.

Dans le tissu axillaire on trouve deux ganglions augmentés de volume, soudés avec la graisse qui les pénètre ; sur la coupe tissu gris rosé, pas très dur.

Les plus petits ganglions, au fond de l'aisselle, se sont égarés ; ils paraissent normaux.

Au microscope. — Les parties extirpées présentent les caractères suivants :

I. — Au niveau du mamelon se rencontrent déjà quelques lésions. Les canaux excréteurs semblent dilatés, les replis qu'ils présentent à leur face interne sont allongés, hypertrophiés. Enfin

dans le tissu conjonctif, se rencontrent des nodules inflammatoires, amas de cellules embryonnaires entourant parfois un des canaux, ou une des glandules accessoires du mamelon, mais, parfois aussi, paraissant parfaitement indépendants de tout élément glandulaire. Il faut cependant tenir compte, dans l'interprétation de ce dernier détail, des erreurs qui peuvent tenir à ce que la coupe passe au-dessus, ou au-dessous du canal irrité, et n'entame, par conséquent, que son manchon de cellules embryonnaires.

II. — Dans la glande mammaire elle-même, les lésions sont plus ou moins avancées, suivant les régions que l'on considère.

a) Un premier degré d'altération est caractérisé par une dilatation notable des canalicules excréteurs des lobules. En même temps les épithéliums de ces canalicules prolifèrent et s'entassent sur plusieurs couches. Dans les culs-de-sac glandulaires eux-mêmes, il est rare qu'il n'y ait pas alors deux couches d'épithélium, la première formée de cellules aplaties contre la membrane de l'acinus, la deuxième dont les éléments cubiques ou sphéroïdes limitent un étroit espace libre central, rempli souvent par une masse jaunâtre homogène ou granuleuse.

b) A la deuxième période, un faible grossissement permet de constater une augmentation de volume considérable des lobules glandulaires. Ceux-ci occupent une surface trois ou quatre fois plus étendue que la normale. Leurs acini, très nombreux et volumineux, sont remplis de cellules épithéliales tassées sur plusieurs couches. Les masses jaunâtres qui occupent le centre des culs-de-sac, sont devenues beaucoup plus importantes. Enfin, chez ceux de ces acini dont la dilatation s'accentue, les cellules épithéliales de la couche interne deviennent régulièrement cubiques.

c) Au troisième degré, la dilatation des acini s'exagère ; ils forment de petits kystes qui souvent communiquent largement entre eux par l'intermédiaire de leurs canaux dilatés. Ces petites cavités sont tapissées d'un épithélium aplati, ou, au contraire,

pas de belles cellules cylindriques, allongées, très régulières. Dans cette période de la maladie, l'aspect général piriforme du lobule glandulaire est conservé ; mais les acini en sont certainement moins nombreux; quelques-uns d'entre eux ont dû se fusionner tout en se dilatant.

d) Dans la période suivante la fusion est plus complète ; les kystes sont si volumineux qu'ils ne laissent plus reconnaître la structure normale de la glande. Il ne reste dans les régions qu'ils occupent aucun acinus sain. Des kystes ainsi formés, quelques-uns sont remplis simplement des produits de sécrétion ou de désagrégation de leurs cellules épithéliales dont les plus anciennes, tuméfiées, vésiculeuses, en état de dégénérescence colloïde ou graisseuse, sont tombées dans la cavité. Les plus nombreux d'entre eux, au contraire, sont occupés en majeure partie par des végétations dendritiques nées sur leurs parois. Les feuillets subdivisés, les papilles allongées qui constituent ces végétations sont formées d'un tissu conjonctif lâche, et revêtues d'une couche régulière de cellules épithéliales cubiques ou cylindriques. Parfois la végétation remplit le kyste en totalité ; parfois aussi elle flotte simplement dans un liquide homogène ou rempli de débris divers (cellules dégénérées, globules sanguins altérés, cristaux, matières colorantes, etc.).

e) Sur un point de la tumeur il s'est produit une métamorphose très singulière des éléments épithéliaux. Au voisinage d'un épanchement sanguin qui paraît avoir tassé les cavités pleines d'épithéliums, qui les a aplaties, transformées en logettes anguleuses, en véritables fentes dont les cellules de revêtement n'ont plus aucune régularité dans leur disposition, se rencontre une masse de cellules épithéliales de nature pavimenteuse. Les éléments de cette masse sont absolument semblables à ceux de l'épiderme et disposés en nodules analogues à ceux des épithéliums pavimenteux lobulés. Ces nodules présentent à leur centre de véritables globes, qui cependant n'ont pas subi l'évolution cornée.

Dans le voisinage immédiat de cette masse épidermique, le tissu conjonctif est devenu plus dense, comme fibreux. Un seul point parmi ceux qui ont été examinés a présenté cette métamorphose étrange qui peut expliquer cependant l'origine même de la glande mammaire.

III. — Les vaisseaux de la région malade paraissent peu altérés. Quelques artères, cependant, présentent un certain degré de surcharge élastique.

IV. — Quant aux ganglions lymphatiques de l'aisselle, ils n'offrent pas trace d'altération.

En résumé il s'agit ici d'une altération de nature épithéliale. Les canaux et les culs-de-sac de la glande mammaire ont subi des modifications caractérisées par deux phénomènes qui évoluent simultanément : *a*) dilatation des cavités sécrétoires et excrétoires ; *b*) prolifération de leurs épithéliums.

Ces modifications trouvent leur plus haute expression dans la formation de cavités kystiques dont les parois sont le siège de végétations papillaires. Le tissu conjonctif n'offre dans notre tumeur que des modifications peu importantes et qui paraissent manifestement secondaires.

La dénomination *épithélioma* s'impose donc dans le cas actuel. Au premier abord on pourrait être tenté d'accoler à ce nom générique l'épithète : *intracanaliculaire*. Mais la tumeur différant passablement dans son aspect de celle que Labbé et Coyne ont décrite sous ce nom, il est peut-être préférable de choisir une dénomination spécifique qui exprime son caractère principal, celle d'épithélioma *polycystique*, par exemple.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les caractères qui différencient notre tumeur d'avec la maladie kystique décrite par Reclus.

J'ajoute que l'aspect des régions malades, dans lesquelles on retrouve encore la disposition, et même les formes des lobules glandulaires de la mamelle — les faibles modifications du tissu conjonctif ambiant, — l'état sain des ganglions, expliquent suffisamment la bénignité relative du cas.

Observation 18 (Résumée).

BARKER. *Bristish. medical Journal*, 1890, t. 1.

La malade est une femme âgée de 52 ans, ayant les apparences d'une bonne santé. Son attention fut d'abord attirée, il y a trois ans, par la présence d'un écoulement séreux sortant du mamelon droit ; depuis, il avait toujours continué. Environ une semaine avant l'examen, le 4 février 1889, cet écoulement avait été teinté de sang.

En examinant le sein, on trouva celui-ci très atrophié et peu riche en graisse. Le mamelon repoussé sur un côté était induré à sa base, mais fort peu, sinon pas du tout rétracté. La peau du sein n'était nullement prise, si ce n'est en un point, qui se plissait légèrement, lorsqu'on pinçait la tumeur. En ce point était une tumeur isolée, ayant la grosseur d'une noisette, siégeant juste au-dessous et sur le côté interne de la base du mamelon, et une autre dans le tissu du sein, tout près d'elle. La pression exercée sur ces nodules, amena un écoulement de sérosité sanguinolente, par le mamelon. Ce liquide contenait beaucoup de corpuscules arrondis.

La première tumeur fut, pendant quelque temps, plus grosse que l'autre. Il n'y avait pas eu de douleurs dans le sein. Les ganglions de l'aisselle étaient appréciables, mais n'étaient pas engorgés et étaient librement mobiles.

Dans l'histoire de la malade, on ne trouvait pas d'abcès du sein, ni aucun traumatisme, excepté une excoriation assez grande du mamelon, survenue vingt-deux ans auparavant, pendant qu'elle nourrissait.

La malade racontait que le mamelon avait été mordu, aussi l'irrégularité de la base de celui-ci a toujours été attribuée et probablement avec raison, à cet accident.

Le 7 février. — On enlevait le sein. Les suites opératoires furent excellentes.

L'examen de la mamelle montra des faits intéressants. Une coupe faite au niveau du mamelon fit apercevoir une dilatation très marquée des conduits galactophores, dans leur dernière portion jusqu'à la base du mamelon.

Dans le conduit le plus large, siégeait un papillome rouge vif comme une framboise, ayant le volume d'un pois et inséré sur la paroi du conduit. Sous le microscope, ce papillome était formé de tissu conjonctif, avec des vaisseaux de volume variable ; il était recouvert d'une ou plusieurs couches de cellules cubiques ou cylindriques. Outre ces néoplasmes papillaires, il existe dans le kyste un réseau alvéolaire, formé de prolongements anastomosés.

Ces prolongements sont formés de tissu conjonctif, et sont recouverts de cellules cylindriques.

Quant aux parties du sein sous-jacentes au papillome qui vient d'être décrit, on ne trouve rien d'anormal.

Observation 19 (Résumée).

Al. Pilliet, 1891. *Épithéliome kystique du sein.*

Cette femme, de 51 ans, possédait une tumeur formée de kystes tassés, remplis de végétations. Voici comment on peut expliquer leur formation.

Sur la paroi d'un cul-de-sac glandulaire, se développe un bourgeon dont le squelette est conjonctivo-vasculaire, comme celui d'un papillome, et ramifié comme lui. Le revêtement épithélial est composé de cellules cubiques sur un seul rang. Les végétations, très fines et très multipliées, se développent, agrandissent la cavité du canal, s'y replient de cent façons, de sorte que sur les coupes qui ne comprennent pas le pédicule du bourgeon

vasculo-épithélial, on ne peut comprendre leur arrangement. Les vaisseaux lymphatiques qui se trouvent à la base du pédicule et autour des kystes, et qui appartiennent, par conséquent, au tissu conjonctif du sein, sont envahis par des noyaux de cellules épithélioïdes tassées, et leurs réseaux sont rendus beaucoup plus apparents, par suite de cette injection de cellules cancéreuses. Il s'agit donc d'un épithéliome malin se propageant aux lymphatiques, malgré sa forme intracanaliculaire.

On voit qu'il existe, au voisinage des kystes, des infiltrats limités des lymphatiques, comparables à ceux du cancroïde plutôt qu'à ceux du cancer, mais néanmoins évidents. Sur les coupes, ils ne paraissent pas s'étendre très loin, et peut-être, ne colonisent-ils que lentement les ganglions.

Observation 20

Faguet. *Epithélioma dendritique du sein gauche. Envahissement des ganglions axillaires. Amputation du sein. Curage de l'aisselle. Guérison.*

(In Labrunie, thèse de Bordeaux, 1894.)

Mme C. P..., âgée de 68 ans. Deux grossesses normales. Mme C. P..., voulut nourrir son premier enfant, mais dut, vers le septième mois, suspendre l'allaitement, à cause d'abcès multiples du sein gauche. La suppuration produite par ces abcès dura environ deux mois. Le second enfant ne fut pas allaité par la mère. En 1892, première douleur dans le sein gauche. La malade constate, sous l'aréole, une petite tumeur du volume d'un gros pois, tumeur mobile, non adhérente avec la peau et qui, au bout de six mois, atteint le volume d'une noisette. En janvier 1893, apparition d'une seconde tumeur et d'une troisième en juin 1893. L'écoulement d'un liquide sanguinolent par le mamelon amène la diminution d'une des trois tumeurs.

État, octobre 1893. Sein gauche augmenté de volume et présente deux saillies anormales dans la zone mamelonnaire ; la peau a conservé ses caractères normaux, sauf en un point où elle présente une légère teinte brunâtre. Le mamelon n'est pas rétracté.

A la palpation, trois bosselures accolées les unes aux autres, siégeant dans le mamelon et l'aréole, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix, de consistance élastique pour les deux plus petites et nettement fluctuante pour la plus grosse. Les tumeurs non adhérentes à la peau semblent avoir des connexions intimes avec la glande mammaire, au centre de laquelle elles se perdent.

La pression sur les diverses tumeurs produit un écoulement roussâtre par le mamelon.

Les ganglions axillaires sont augmentés de volume, durs et mobiles. L'examen du sein droit et des autres organes est négatif. L'état général est excellent.

Extirpation de la mamelle suivie du curage de l'aisselle, le 4 octobre 1893. Suites opératoires excellentes.

A. — *Examen de la tumeur à l'état frais.* — Trois cavités kystiques situées au centre de la glande sous le mamelon, d'inégal volume ; l'une est de la grosseur d'un œuf de poule, les deux autres varient entre le volume d'une noisette et d'une petite noix. Ces kystes sont remplis d'un liquide sanguinolent, rappelant, par ses caractères physiques, celui qui s'écoule par le mamelon. Ces cavités kystiques sont situées sur le trajet des conduits galactophores et renfermant des végétations de volume variable à surface irrégulière. Ces végétations s'insèrent sur la paroi kystique par un pédicule plus ou moins volumineux, quelques-unes sont sessiles.

B. — *Examen histologique.* — Les végétations présentent l'aspect de véritables arborisations très fines et sont constituées par du tissu conjonctif lâche, revêtu d'un épithélium à cellules cylindriques ; de loin en loin, quelques cellules épithéliales sont

en dégénérescence muqueuse. Vaisseaux nombreux et remplis de globules rouges.

Dans les ganglions axillaires, il a été possible de constater une infiltration néoplasique du même genre.

Observation 21

P. Mermet et P. Faitout. *Cysto-épithéliome dentritique de la mamelle.*
(*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1897, p. 215 et 291.)

Nous avons l'honneur de vous présenter une tumeur du sein développée chez une femme opérée dans le service de M. le Dr Nélaton, à Saint-Louis.

La malade, âgée de 48 ans, a eu un seul enfant, actuellement âgé de 30 ans ; elle n'a jamais allaité. Il y a six mois, elle remarqua par hasard, dans le sein droit, une petite grosseur du volume d'un pois, grosseur qui augmenta graduellement de volume, sans jamais provoquer de phénomènes douloureux.

A l'entrée de la malade à l'hôpital la tumeur présente les dimensions d'un œuf de poule ; elle est située au-dessous du mamelon droit dont elle reste indépendante.

La peau est amincie à son niveau et présente une coloration d'un brun bleuté. Pas de rétraction du mamelon.

A la palpation la tumeur est uniformément molle et, chose remarquable, fluctuante dans toute son étendue. Elle est adhérente à la peau mais glisse facilement sur les parties profondes, paraît assez bien limitée des parties voisines. Dans le reste de la glande il n'existe aucune autre induration, si petite qu'elle soit, non plus que dans la mamelle du côté opposé.

La palpation de la tumeur provoque une certaine sensibilité peu développée d'ailleurs. Pas d'écoulement de sang par le mamelon. Pas de ganglion axillaire appréciable.

Malgré l'adhérence à la peau, M. Nélaton porta le diagnostic

de cysto-épithéliome, tumeur bénigne. Ce diagnostic fut vérifié, macroscopiquement du moins.

La glande mammaire enlevée, la section de la tumeur montra une poche remplie d'un liquide séreux, brun, uniformément coloré. La poche est limitée par des parois irrégulières, anfractueuses et de la paroi postérieure part un gros bourgeon pédiculé du volume d'une noisette ; outre de petites saillies semblables à des bourgeons charnus en voie de développement, on remarque sur lui quelques points jaunâtres, indices d'hémorrhagies récentes.

Examen macroscopique. — A la section de la mamelle extirpée, on constate que le couteau a intéressé une poche kystique du volume d'un œuf de poule, située à la partie inférieure de la mamelle, d'où s'écoule aussitôt un liquide brunâtre, séro-sanguinolent, non visqueux ; cette cavité kystique correspond à la partie fluctuante de la tumeur perceptible à la palpation.

La poche est plus ou moins aplatie d'avant en arrière et se développe transversalement dans la glande, dont le tissu noble paraît tassé à la face postérieure. Ce kyste a des parois d'inégale épaisseur. En avant la paroi paraît formée d'un tissu cellulaire condensé, recouvert d'une mince membrane de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, de coloration grisâtre, violacée, légèrement fongueuse ou mieux granuleuse ; sur le sein amputé il est possible de mobiliser cette paroi antérieure sur les téguments qui la recouvrent ; il ne s'agissait pas à proprement parler d'adhérence de la tumeur à la peau, mais seulement d'un refoulement par surdistension de la poche contre la face profonde de celle-là.

La paroi postérieure du kyste, celle qui repose sur les restes de la glande, est plus irrégulière ; au lieu d'être plane comme l'antérieure, elle est légèrement convexe et présente à son centre une végétation, de forme conique, à base insérée de la paroi, à sommet plongeant dans la cavité kystique. Cette végétation, du volume d'un petit œuf de pigeon, est entourée de quelques bourgeons de moindre importance. Son aspect et sa coloration sont assez particuliers ; à sa base elle présente une coloration

gris rosé et son parenchyme se continue avec celui du reste de la glande ; dans sa partie moyenne la coupe de la végétation montre un aspect grisâtre, aréolaire, les cavités étant remplies d'un liquide visqueux, filant ; au niveau de son sommet la végétation offre une teinte noirâtre, ecchymotique et une apparence plus finement réticulée. La surface de la végétation présente une particularité ; elle est granuleuse, mamelonnée, et non franchement villeuse, comme l'indiquerait le nom donné par les Anglais aux tumeurs de cette espèce.

Examen histologique. — Celui-ci nous a en effet démontré que nous avions affaire à un de ces cas, bénins en apparence, d'épithéliomas du sein connus sous le nom de papillaires ou de dendritiques; la lésion était même ici à sa période de transition, et l'on assistait suivant les points au passage de l'adénome intracanaliculaire de Labbé et Coyne au cancer dendritique le plus typique. Cet examen a porté sur des points de la paroi antérieure et de la postérieure, et sur la végétation centrale intrakystique.

1° *Sur la paroi antérieure*, les coupes montrent une paroi kystique, épaisse de 2 à 3 millimètres, constituée par le tissu conjonctif sous-cutané et l'enveloppe de la glande, épaissis et tassés. Ce sont des bandes de tissu conjonctif séparées par des cellules plates d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage de la surface interne du kyste; en ce point même, elles sont si abondantes qu'elles forment presque à elles seules toute la surface de revêtement.

Cette surface interne inégale, rugueuse, comme mamelonnée, présente par endroits la structure des bourgeons charnus ; elle rappelle de très près celle de la paroi d'un kyste hématique d'une tout autre nature que l'un de nous a présenté l'année dernière à cette Société. On ne peut justifier cet état embryonnaire de la paroi qu'en faisant intervenir ici un processus réactionnel des cellules conjonctives au contact de l'épanchement sanguin ; nous verrons d'ailleurs plus loin à donner l'explication

du fait. Signalons aussi en passant la présence de nappes hémorragiques anciennes, de vieux foyers d'hématoïdine ou de globules en voie de régression granulo-graisseuse dans l'épaisseur de cette paroi à quelque distance de la surface libre.

Quant à la paroi kystique, elle est en partie recouverte par du tissu cellulo-graisseux sous-cutané, encore assez abondant, dans lequel on voit les fibres lisses dartoïques et les grosses glandes sébacées aréolaires. En tous points la paroi est complètement indépendante des téguments dont elle est séparée par le tissu cellulo-graisseux précité.

2° *La paroi postérieure* du kyste présente à peu près la même structure histologique.

Ici toutefois la surface interne de la poche est moins embryonnaire ; le tissu conjonctif qui la forme, a moins proliféré à l'intérieur du kyste. La seule particularité qu'on rencontre est la présence dans la paroi kystique d'acini mammaires hyperplasiés et hypertrophiés. Et même, à mesure qu'on se rapproche de la végétation qui s'élève au centre de cette paroi, on voit les acini augmenter de volume ; ce sont eux qui soulèvent la face interne de la poche et lui donnent cet aspect bourgeonnant que nous avons signalé.

3° *La végétation intra-kystique* offre la structure de l'épithélioma dendritique de la mamelle le plus typique. On y distingue nettement trois zones d'aspect et de caractère différents suivant la hauteur du point considéré.

A sa base on retrouve l'hypertrophie et l'hyperplasie acineuses correspondant au type classique de l'adénome du sein, même en certains points les culs-de-sac excréteurs sont dilatés.

Tout le reste de la végétation a pris l'aspect villeux, papillaire de l'épithélioma dendritique, mais c'est surtout dans la partie moyenne de celle-ci que ces lésions offrent leurs caractères les plus nets. A un faible grossissement on voit que l'ensemble a un aspect vaguement lobulé ; on distingue ici deux ou trois zones circulaires, limitées extérieurement par une bande de tissu fibreux, tapissées d'épithélium à leur face interne ; ces

sections correspondent vraisemblablement à la coupe des canaux galactophores ou d'acini très dilatés. Quoi qu'il en soit, elles sont remplies, comblées, par des végétations de volume variable, bifurquées, ramifiées au possible, et qui, en s'anastomosant et se branchant, circonscrivent des alvéoles irréguliers, tantôt arrondis, simulant des cavités kystiques, tantôt allongés, ramifiés comme les bourgeons qui les séparent; l'aspect que présentent ces végétations anastomosées est calqué sur le dessin d'une préparation de M. Cornil reproduit dans le *Traité de Chirurgie ;* il rappelle de même de très près certains épithéliomas papillaires de l'ovaire. A un fort grossissement on constate que les travées qui séparent les alvéoles sont représentées par un mince substratum conjonctif dans lequel serpente parfois un capillaire ; il est vrai que ces vaisseaux se retrouvent plutôt au niveau des nœuds du réseau formé par les bourgeons. A la surface de cette fine charpente conjonctive, on rencontre un épithélium tapissant les cavités intermédiaires. Le plus souvent la couche épithéliale est unique. Elle est alors formée dans les plus petits alvéoles d'éléments cylindriques, assez hauts, dont le noyau est refoulé vers la base de la cellule par un protoplasma clair, légèrement granuleux. Cet épithélium diminue de hauteur dans les grands espaces alvéolaires à mesure que l'alvéole se remplit des produits muqueux et des cellules tombées dans sa cavité ; il s'abaisse et prend l'aspect cubique, le noyau occupant presque toute l'étendue de la cellule. Ailleurs il existe plusieurs couches d'épithélium de revêtement des alvéoles, deux, trois même : 1° une couche profonde de remplacement; 2° une couche superficielle ou muqueuse, de laquelle on voit les cellules gonflées, dégénérées se détacher. Dans la cavité des alvéoles on trouve en effet des éléments tombés de la paroi, vésiculés, triplés ou quadruplés de volume, granuleux, en pleine dégénérescence muqueuse, c'est la masse de ces produits qui donne au contenu des alvéoles cette coloration jaunâtre, ambrée, visible à l'état frais.

La partie superficielle de la végétation, celle qui constitue le

sommet du bourgeon conique intra-kystique, offre une structure à peu près identique. Le seul point qui diffère est la prédominance en cette région des vaisseaux, tant lymphatiques que sanguins. On voit en effet ici le néoplasme affecter une vascularisation excessive et les cloisons inter-alvéolaires se dédoubler pour laisser circuler dans leur épaisseur les vaisseaux. Ceux-ci, à parois embryonnaires simplement endothéliales, sont extraordinairement dilatés ; ils atteignent çà et là jusqu'à 1 à 2 millimètres et sont visibles à l'œil nu. Leur calibre dépasse ainsi celui de certains alvéoles et leur lumière est bourrée de leucocytes ou d'hématies. A mesure qu'on se rapproche de la surface libre du bourgeon, les vaisseaux augmentent encore de nombre et de volume et se substituent bientôt aux cloisons inter-alvéolaires, forment un véritable tissu angiomateux, puis se rompent par surdistension et remplissent les cavités ou le stroma. Enfin à la surface de la végétation existe une couche de fibrine et de globules rouges, épaisse de 1 millimètre environ, dans laquelle viennent baigner les cellules épithéliales issues des alvéoles sous-jacents.

Observation 22

LE DENTU. *Ablation partielle large du sein gauche pour un papillome végétant avec kyste.*
(*Le Cancer du Sein*, p. 42.)

Mme L..., 46 ans, opérée le 23 décembre 1899 avec le Dr Dussaussay.

Depuis douze ans, suintement d'un liquide séreux, visqueux, par le mamelon. Depuis deux mois seulement, issue d'un liquide plus épais et sanguinolent. Le 17 décembre 1899, le Dr Dussaussay a constaté une tumeur fluctuante, grosse comme une petite noix, au-dessus du mamelon. Cette tumeur a disparu le lendemain et il s'est échappé du mamelon une petite masse d'un

rouge vif qui le dépasse de quelques millimètres. Du sang pur s'est écoulé, au lieu du liquide simplement sanguinolent. Il persiste, à la place de la tumeur fluctuante, une plaque d'induration ayant les dimensions d'un pièce de 1 franc. Aisselle absolument nette et facile à explorer, vu la maigreur de la malade.

Ablation partielle large, presque totale, du sein qui est très peu développé, sans curage de l'aisselle. Suture, drainage, réunion immédiate.

Examen histologique. — Papillome végétant avec légère infiltration épithéliale à la base : tissus très sains à distance sur la tranche de section. Guérison maintenue jusqu'à ce jour depuis un an et sept mois.

Observation 23

Le Dentu. *Amputation du sein gauche pour épithélioma végétant chez un homme.*
(*Le Cancer du Sein*, p. 19.)

M. S..., 51 ans, opéré le 2 décembre 1886. Tumeur kystique des dimensions d'une petite mandarine, franchement fluctuante, mais ferme à sa base, presque totalement adhérente aux téguments qui sont rouges et menacés d'ulcération. Ganglions suspects dans les deux aisselles. Début constaté il y a un an par le malade et son médecin.

Extirpation large de la tumeur et d'une partie du grand pectoral, ainsi que des ganglions axillaires des deux côtés.

Pas de réunion complète possible : pansements à plat avec la gaze iodoformée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma végétant et kystique*, avec infiltration d'une épaisseur de tissus déjà grande à la base de la portion pédiculée du néoplasme. Les ganglions présentaient des lésions inflammatoires plutôt que des lésions de dégénérescence.

Guérison un peu lente, mais sans incidents.

Diabète survenu deux ans après l'opération. Pas de récidive locale, ni de métastase interne jusqu'à la mort qui a lieu seulement le 12 octobre 1900 causée par une broncho-pneumonie aiguë.

C'est donc une maladie intercurrente qui a mis fin à cette longue survie de treize ans, dix mois et onze jours.

Observation 24

Fr. Cléret. *Kyste bourgeonnant du sein chez un homme de 47 ans.*
(*Bull. et Mém., Soc. Anatomique,* mars 1906.)

Le 17 mars M. le Dr Guinard faisait à l'Hôtel-Dieu l'ablation du sein gauche chez un homme, pour une tumeur, dont le début remontait à six ans. L'affection au début se traduisait par des écoulements laiteux et sanguinolents du mamelon sans douleurs. Six mois après, le malade découvrait au palper, sous l'aréole, une nodosité indolore du volume d'un pois. Depuis lors jusqu'en janvier 1906, la tumeur augmentait progressivement tandis que les écoulements se tarissaient. Cependant l'état général restait parfait. Aucun antécédent néoplasique.

A la vue et au palper, la tumeur semble formée de 2 lobulations, une supérieure, de la grosseur d'un œuf, au niveau de l'aréole, l'autre inférieure située plus en bas et en dehors. La peau est normale ainsi que le mamelon; seule l'aréole a une coloration bistrée. La tumeur, bien limitée, lisse, régulière, tendue et fluctuante est mobile sur les plans profonds et la peau est plissable au-devant d'elle. L'exploration, tout à fait indolore, ne révèle pas le moindre ganglion dans l'aisselle ou le creux sus-claviculaire.

A la coupe, la tumeur laisse écouler une grande cuillerée de liquide sanglant. On est en présence d'un kyste dont l'un des

pôles est occupé par une cavité, l'autre étant le siège d un bourgeon fongueux, mollasse, grisâtre et adhérent à la paroi du kyste, sauf à la surface qui baigne dans le liquide sanguinolent. La paroi propre du kyste, de teinte orange, est épaisse et continue ; elle est doublée extérieurement par la peau, intérieurement par du tissu fibro-adipeux. Le bourgeon est en majeure partie formé d'épithélium cylindrique. Dans les vides compris entre les éléments solides, il y a des cellules libres de formes variables et du mucus. Une dégénérescence hyaline s'observe par places sur les capillaires des travées et surtout dans les parties libres végétantes et villeuses du bourgeon. La paroi du kyste est formée de tissu conjonctif tapissé de cellules épithéliales pavimenteuses. La peau est normale à la périphérie du kyste.

Observation 25

PÉRAIRE. *Fibro-adénome kystique du sein pris pour un épithélioma. Ablation. Guérison.* (*Bulletins et Mém. de la Société anatomique*, 1907, p. 389.)

Mme Aline M..., 34 ans, sans profession, se présente à nous le 20 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler; trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Menstruation à 12 ans, bien réglée depuis. Mariée à 23 ans, deux enfants. Premier enfant à 24 ans, nourri au sein pendant dix-sept mois, actuellement bien portant. Deuxième enfant à 26 ans, nourri au sein pendant treize mois, actuellement en bonne santé.

Maladie actuelle. — Au mois de janvier 1907, la malade voit perler au mamelon du sein droit une gouttelette de sérosité brunâtre sans avoir ressenti aucune douleur auparavant.

A partir de ce moment, cet écoulement se reproduit assez

souvent et à l'occasion d'une pression vers l'extrémité du sein. De petites douleurs légères se manifestent que la malade compare à une sensation de brûlure.

État général satisfaisant. La malade, depuis deux ans, a engraissé d'une manière notable.

A l'examen le 20 avril, il est très facile de faire sourdre par le mamelon du sang presque pur en pressant sur la mamelle droite. Cette mamelle présente manifestement une tumeur mal imitée, fusionnée en quelque sorte avec la glande et de la grosseur environ d'un œuf de pigeon. Il n'y a ni adhérences profondes, ni adhérences superficielles; mais on sent quelques ganglions dans l'aisselle correspondante.

La pression de la glande amène une douleur assez vive s'irradiant dans l'aisselle et le mamelon.

Le 25 avril 1907, opération avec l'aide de M^lle^ Parisse, externe des hôpitaux. Anesthésie à la scopolamine-morphine, puis quelques bouffées de chloroforme par le D^r^ Kaplan.

Longue incision en forme de 6 dont la boucle circonscrit la mamelle tout entière, et dont la queue se poursuit jusqu'à la racine du bras, suivant le bord antérieur du deltoïde. Évidement du creux axillaire et amputation complète du sein. Suture au fil de soie, drainage. Pansement stérilisé. Le 27 avril, suppression du drain. Le 4 mai, ablation des fils. Guérison complète le 7 mai. La malade est restée seulement huit jours à la maison de santé.

La tumeur est placée dans le formol, puis portée au laboratoire de la Faculté de médecine.

L'examen du sein montre que le mamelon est long et dur. Écoulement de sang par le mamelon. Cet écoulement se produit en pressant sur la glande mammaire; on se rend compte que ce sang sort par une cavité placée dans le mamelon; il est difficile de distinguer à l'œil nu, s'il s'agit d'un vaisseau ou d'un gros canal galactophore. Sur une coupe qui comprend la partie indurée du sein, on voit une masse dure, ferme, donnant du suc au

raclage, de sorte qu'il serait difficile de savoir s'il s'agit d'un cancer, ou d'un fibro-adénome.

Au-dessous du mamelon existe une grande quantité de kystes ayant de 2 à 3 millimètres de diamètre. Ces kystes contiennent un liquide grisâtre qui, examiné au microscope, dénote une extrême abondance de leucocytes.

Examen histologique. — Nous avons examiné d'abord la partie indurée, volumineuse, compacte, grosse environ comme un œuf et nous y avons vu :

1° Une grande quantité de tissu conjonctif ferme, fasciculé, au milieu duquel se trouvent des acini glandulaires plus ou moins hypertrophiés. Les uns sont petits, avec des culs-de-sac également petits et normaux. Dans les autres, les culs-de-sac sont très volumineux. kystiques et, dans certains, le tissu conjonctif intra-acineux qui entoure les culs-de-sac, présente une grande quantité de cellules conjonctives, hypertrophiées, attestant une inflammation de l'acinus. Partout les membranes propres des culs-de-sac sont conservées.

2° En outre de ces lésions des acini, nous avons vu des conduits galactophores dilatés et transformés en des kystes plus ou moins volumineux. Avec un fort grossissement, les cellules contenues dans les culs-de-sac se rapprochent de la forme cylindrique, et elles sont multipliées.

Les ganglions de l'aisselle ne présentent d'autre lésion que celle d'une inflammation chronique.

Observation 26

P. Lecène. *Épithélioma de la face interne de la joue et épithélioma dendritique du sein chez un homme de 63 ans.* (*Bulletin et Mém. de la Société Anatomique*, 1907, p. 659.)

Les pièces présentées par M. Lecène proviennent d'un malade qu'il a opéré le 10 septembre 1907, à Lariboisière.

Ce malade, âgé de 63 ans, était porteur d'un épithélioma de la face interne de la joue du côté gauche : cette tumeur s'était développée dans le sillon gingivo-labial et adhérait légèrement au maxillaire inférieur. M. Lecène lui fit l'extirpation large de la joue avec curage de la région sous-maxillaire gauche qui contenait plusieurs ganglions dégénérés. La vaste perte de substance ainsi créée fut comblée par un lambeau pris au niveau des téguments du cou et mobilisé par dissection poussée très loin (méthode de Morestin). La guérison opératoire se fit rapidement et le malade sortit au bout de trois semaines. L'examen histologique de la tumeur génienne a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés très abondants et que les ganglions sous-maxillaires envahis avaient aussi la même structure.

Mais de plus, ce malade présentait *au niveau du sein droit* une tumeur qui est apparue il y a *un an environ ;* cette tumeur est du volume d'une orange, manifestement fluctuante, indolente, parfaitement lisse, mobile sur les plans profonds et mobile sous la peau. Le mamelon est projeté en avant et surmonte la tumeur qui occupe exactement le centre du sein. On ne constate pas de ganglions axillaires.

Pendant que le malade était endormi, M. Lecène fit l'extirpation de cette petite tumeur mammaire : extirpation très simple par énucléation sous-cutanée après excision du mamelon par une double incision elliptique. Réunion complète sans drainage.

A la coupe la tumeur mammaire, très bien encapsulée par une épaisse paroi conjonctive, est formée d'un kyste volumineux renfermant du liquide séro-sanguinolent : sur la paroi de ce kyste, à la partie inférieure, on trouve une masse un peu molle, du volume d'une noisette, faisant saillie dans la cavité du kyste, L'examen histologique a montré que cette masse saillante était formée par de l'épithélioma cylindrique végétant, répondant absolument au type de l'épithélioma dendritique, intra-canaliculaire de la mamelle, chez la femme. L'épithélium cylindrique

végète d'une façon très active, mais en de nombreux points on trouve des calcosphérites tout à fait analogues à ceux que l'on rencontre dans les psammomes. La capsule conjonctive de la tumeur est intacte et nulle part l'épithélioma ne l'a infiltrée.

Observation 27

AUVRAY. *Grand kyste du sein situé sous le mamelon et présentant une végétation en chou-fleur.*
(V. Cornil. *Les Tumeurs du Sein*, Paris, 1908, p. 125.)

M. Auvray a opéré, vers le 7 juin 1907, une femme âgée d'une quarantaine d'années qui présentait, au-dessous du mamelon, une tumeur volumineuse. Cette femme qui était folle, ne voulait ni se laisser examiner ni opérer ; mais la famille y tenait.

Le sein, volumineux, très gras, a été enlevé en totalité avec le muscle pectoral et l'aisselle absolument curée. Il n'y avait d'ailleurs pas de ganglions axillaires, sauf un tout petit nodule blanchâtre qui sera examiné.

Le mamelon est tout à fait rétracté, comme le bout d'un doigt de gant qui serait invaginé dans la cavité du doigt de gant. Mais le bord de ce mamelon enfoncé est souple, sans induration ni relief de la peau autour de lui.

En pressant sur le kyste, M. Auvray a fait sortir un liquide sanguinolent pendant l'opération.

Le kyste ouvert, situé immédiatement sous le mamelon enfoncé, est volumineux. Il contient environ 300 grammes de liquide sanguinolent. A sa surface interne on voit, sur une grande étendue de ce kyste, une membrane blanchâtre, épaisse, un peu ridée, que l'examen histologique a montré n'être autre chose qu'une partie de la surface cutanée, mince et transparente. Sur la portion du mamelon renversée dans le kyste, il y a un bourgeonnement, en chou-fleur. Une autre masse papillaire, en chou-fleur, naît sur la région mince, muqueuse, de la paroi du

kyste. Ce sont ces bourgeons vascularisés qui ont donné le sang contenu dans le liquide kystique.

Le reste de la mamelle est coupé en divers sens. C'est le tissu cellulo-adipeux qui domine. Il y a quelques filaments d'aspect fibreux et un autre kyste de la grosseur d'un petit pois.

Examen histologique. — Nous avons fait de nombreuses coupes dans tous les points signalés plus haut à l'œil nu :

La partie du mamelon retournée en doigt de gant a été l'objet de coupes transversales. Au centre on avait la cavité du mamelon retourné, surface papillaire couverte des couches épidermiques et bordée à sa périphérie par les glandes sébacées de Montgomery. Autour de ces glandes, dans le tissu conjonctif normal, existent des canaux galactophores normaux, dont quelques-uns s'ouvrent directement dans la cavité du mamelon. Lorsqu'on fait des coupes transversales de la partie du mamelon saillante dans le kyste et bourgeonnante, on trouve tout autour de cette pointe saillante des travées fibreuses minces et des alvéoles arrondis ou allongés tapissés par des cellules épithéliales cubiques ou cylindriques.

La grosse végétation en chou-fleur est constituée de la même façon ; elle présente à sa base une intrication de travées tapissées d'épithélium cylindrique ou cubique, travées très vascularisées qui se terminent à la périphérie de la tumeur par des papilles ramifiées libres, couvertes par le même épithélium. Ce volumineux chou-fleur s'implante sur une partie du kyste tapissée simplement par l'épithélium cylindrique.

La plus grande partie du kyste présente une membrane épaisse, opaque après l'action de l'alcool. Sur les coupes de cette membrane on observe à sa surface un épithélium stratifié, comprenant un épiderme superficiel corné, un réseau muqueux de Malpighi et des papilles. Pas de glandes sébacées ni sudoripares. Dans la partie profonde de ce derme, nous avons constaté par place des culs-de-sac glandulaires adénomateux.

Sur les coupes de la paroi kystique, comprenant une certaine

épaisseur du tissu sous-jacent à sa membrane interne, on voit des acini mammaires hypertrophiés, à culs-de-sac volumineux, comme dans les fibro-adénomes.

Dans une section du sein nous avions découvert un kyste de la grosseur d'un petit pois contenant un liquide clair, muqueux. Sur les coupes examinées au microscope, la paroi de ce kyste était mince et tapissée par une seule couche de cellules cylindriques. En dehors de la paroi il y avait un tissu adipeux au milieu duquel existaient des acini mammaires hypertrophiés, comme cela se voit dans les adénomes.

En résumé, il s'agit d'un fibro-adénome avec un grand kyste développé sous le mamelon, kyste provenant probablement d'une dilatation excessive d'un conduit galactophore, tapissé en partie d'un revêtement cutané, en partie d'un revêtement muqueux et présentant dans son intérieur un bourgeon en chou-fleur dû à une multiplication des cavités glandulaires et de papilles libres tapissées des cellules épithéliales muqueuses, cubiques ou cylindriques. Je ne crois pas que cette lésion soit de mauvaise nature.

Le petit ganglion axillaire est normal, sans trace de cellules néoplasiques.

Observation 28 (Résumée).

Ricard. *Kyste bourgeonnant du sein.*
(Cornil, in *Traité des Tumeurs du Sein*, 1908, p. 120.)

Le début de cette tumeur remontait à quatre ans. La tumeur, du volume d'un petit œuf, était constituée par un kyste rempli de liquide sanguinolent. Elle présentait, à son intérieur, un bourgeon mou, grisâtre, rosé par place, gros comme une amande. En dehors de ce bourgeon, la membrane kystique ne possède pas d'épithélium et est formée de tissu fibreux.

Le bourgeon implanté sur le grand kyste est constitué par des

filaments minces, de tissu conjonctif vascularisé, donnant naissance à des filaments anastomosés et terminés par des extrémités libres, le tout couvert de longues cellules cylindriques. Des cellules muqueuses détachées et du mucus remplissent les intervalles entre les villosités.

Le reste de la glande est atteint de fibro-adénome, avec de nombreux kystes petits, mais visibles à l'œil nu ou microscopiques.

Observation 29 (Résumée).

WALTHER. *Épithélioma papillaire du sein à cellules cylindriques.*

(Cornil, in *Traité des Tumeurs du Sein*, 1908, p. 121.)

On trouve, au-dessous du mamelon, un grand kyste à surface lisse et épaisse comme une muqueuse, et que l'on peut attribuer à la dilatation excessive et kystique du sinus du canal galactophore. A la surface de ce kyste, du volume d'un œuf de poule, on voit un bourgeon irrégulier en chou-fleur, gros comme une noisette et faisant une saillie d'environ 2 centimètres.

La présence de ces papilles et végétations dans le kyste, en multipliant la surface de sécrétion, a contribué assurément à leur distension et à leur accroissement.

Le bourgeon présente, comme structure, des papilles. Celles-ci sont composées d'un vaisseau situé au centre de travées fibreuses, couvertes d'une ou plusieurs rangées de cellules cylindriques. Le tissu conjonctif de cette tumeur contient un assez grand nombre de cellules allongées, fusiformes ou plates, indiquant un certain degré d'irritation.

Observation 30 (Résumée).

MORESTIN. *Épithélioma papillaire à cellules cylindriques.*
(Cornil, in *Traité des Tumeurs du Sein*, 1908, p. .)

Dans cette tumeur, enlevée par Morestin chez un homme, on trouve un grand nombre d'alvéoles petits et rapprochés les uns des autres. La section histologique montre ces alvéoles très voisins, séparés par des cloisons minces de tissu conjonctif et tapissés par de très longues et étroites cellules cylindriques. Ces cellules, munies de noyaux minces, sont disposées très régulièrement sur la paroi fibreuse en deux couches. Leur amas caractérise une papille dont le vaisseau capillaire occupe le centre. Quelques cellules détachées et libres sont globuleuses ou irrégulièrement pavimenteuses à angle mousse.

A l'examen de la tumeur avec ses alvéoles, on pense qu'il s'agit de culs-de-sac glandulaires ; cependant il n'y a pas de membrane propre hyaline et les cellules épithéliales sont devenues tellement longues, si pressées latéralement les unes contre les autres qu'elles sont, en réalité, atypiques et diffèrent de ce qu'on observe dans les adénomes purs du sein, où elles ont pris la forme allongée.

Observation 31

J. CHANDESRIS. *Kyste du sein avec végétations d'aspect papillomateux à la face interne de la poche.*
(*Bull. et Mém. de la Soc. Anatom.*, 1908, p. 162.)

La malade, âgée de 66 ans, mère de quatre enfants, vient consulter le 21 novembre 1907, pour une tumeur du sein droit qui, apparue environ un an auparavant, a progressivement augmenté de volume et est devenue molle et fluctuante.

A l'examen, elle apparaît du volume d'un œuf de poule, située en bas et en dehors du mamelon droit qu'elle dévie en haut et en dedans.

La peau, bien que non adhérente, est à ce niveau transparente, violacée, et comme prête à s'ulcérer.

La palpation donne la sensation d'une tumeur fluctuante nettement encapsulée, non adhérente aux plans profonds ; le mamelon est difficilement mobilisé et paraît solidarisé avec le kyste dont la pression ne donne cependant lieu à aucun écoulement. Pas d'adénopathie, pas d'autres kystes ni dans un sein, ni dans l'autre ; très bon état général.

Le 23 novembre ablation de la tumeur à la cocaïne.

La peau amincie est circonscrite par une incision ovalaire comprenant le mamelon, énucléation facile, réunion par capitonnage.

A l'ouverture du kyste, s'écoule un liquide brunâtre légèrement visqueux. La poche uniloculaire présente à sa partie supérieure une végétation d'aspect papillomateux ; de sa base part un bourgeon qui pénètre dans l'intérieur du mamelon. Histologiquement, la paroi kystique n'offre rien de particulier ; une simple lame conjonctive tapissée d'un revêtement d'une seule couche de cellules épithéliales. La coupe de la végétation vue à un faible grossissement donne, comme dans le cas précédent, l'impression d'une production adénomateuse, mais à un plus fort grossissement les acini apparaissent moins réguliers, en outre le tissu conjonctif est infiltré d'une grande quantité de cellules épithéliales disséminées ; on retrouve les mêmes caractères au niveau du bourgeon intra-mammelonnaire ; aussi rapprochant la formation de ce bourgeon de la migration des cellules épithéliales, ne peut-on s'empêcher de pencher en faveur d'une transformation maligne.

Observation 32

J. Chandesris. — *Kyste du sein avec végétations d'aspect papillomateux à la face interne de la poche.*
(*Bull. et Mém. Soc. Anatom.*, 1908, p. 161.)

Chez la malade, âgée de 67 ans, mère de deux enfants, l'examen permet de constater en bas et en dehors du mamelon une tumeur du volume d'une grosse noix, indolente, résistante, nettement encapsulée, mais *très légèrement adhérente* à la peau ; la pression fait sourdre par le mamelon quelques gouttes de liquide séreux. Pas d'adénopathie, pas d'autres productions kystiques, bon état général.

Le 19 octobre, ablation à la cocaïne. A l'ouverture s'écoulent quelques gouttes de liquide séreux, transparent. Après retournement, on constate à la face interne de la poche la présence de trois ou quatre végétations d'aspect papillomateux dont une plus volumineuse qui, à la coupe, offre les acini réguliers de l'adénome typique ; il est vrai qu'au niveau du stroma conjonctif on remarque un assez grand nombre de cellules mais qui, plus arrondies que ne le sont généralement les cellules épithéliales, paraissent plutôt être des éléments conjonctifs.

Observation 33 (Résumée).

Dubar. *Épithélioma dendritique du sein.*
(*In* thèse Frémicourt, Lille, 1909.)

Mme X..., âgée de 40 ans, consulte M. le professeur Dubar pour une tumeur du sein, le 20 mars 1905. Le début, d'après les dires de la malade, remontait à cinq ans. A cette époque, Mme X... a constaté un écoulement séro-sanguinolent se produisant par le mamelon. Cet écoulement, survenu à plusieurs reprises, deve-

nait plus abondant et prenait chaque fois une teinte de plus en plus foncée.

Examen de la malade. — On constate, au voisinage du mamelon, une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur ferme, un peu élastique au toucher, n'a contracté aucune adhérence avec la peau et est très mobile sur les plans profonds.

La pression fait sourdre par le mamelon un liquide brun noirâtre, couleur chocolat.

A l'examen de l'aisselle, on découvre quelques petits ganglions.

Le 25 mars 1905, M. le professeur Dubar fait l'amputation du sein, suivie du curage de l'aisselle. Suites opératoires excellentes.

Examen macroscopique. — Sur des vues stéréoscopiques que M. le Dr Leroy, chef de clinique chirurgicale, a bien voulu nous soumettre, nous avons nettement constaté avoir affaire à une tumeur kystique noyée au milieu d'un tissu graisseux et contenant à son intérieur de petites excroissances en forme de choux-fleurs. La paroi du kyste paraît lisse.

Examen microscopique. — Des coupes de fragments provenant de ces végétations et faites par M. le professeur Curtis nous montrent que nous avons devant nous un épithéliome dendritique. Nous y voyons des arborisations très fines, se ramifiant à l'infini et donnant par leur enchevêtrement les figures les plus bizarres. Chaque papille se compose d'une trame conjonctive très délicate, tapissée d'une ou plusieurs rangées de cellules cylindriques.

Observation 34

Frémicourt. *Kyste végétant du sein.*
(Thèse de Lille, 1909.)

Femme âgée de 44 ans, célibataire.

Début perceptible vers le 15 août 1906, sous forme d'un petit noyau extra-mammaire, non douloureux, dont l'existence aurait

été constatée à la suite d'une démangeaison, *loco dolenti*. D'après la malade, l'augmentation de volume de la petite tumeur aurait été très peu sensible jusque dans les trois à quatre derniers mois, à la suite d'un coup assez violent sur la région. Coïncidant à peu près avec le traumatisme, la malade accuse une augmentation rapide de la tumeur. La tumeur provoque une sensation de gêne, mais pas de douleur.

La malade n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfants, n'a jamais été malade.

Examen clinique. — Sein gauche. — La tumeur occupe la partie antéro-externe du sein, plutôt au voisinage du mamelon, qui n'est ni adhérent, ni rétracté; la peau est saine, mobile, la tumeur est rénitente, presque fluctuante, ne fait pas corps avec les plans profonds, mais semble se continuer avec un épaississement des parties voisines de la glande mammaire. Pas de ganglions axillaires, sus-claviculaires.

Opération. — Le chirurgien taille un lambeau elliptique cutané, au voisinage du mamelon qui est conservé; sans procéder à l'extirpation totale du sein, on taille dans la glande mammaire saine, de façon à circonscrire la tumeur, qui est extirpée d'un seul bloc.

Drainage. — Sutures aux crins de Florence et aux agrafes. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. — La poche enlevée est incisée du côté de la face profonde ; il s'en écoule un jet de liquide brun noirâtre, hémorragique, presque marc de café, puis ensuite une certaine quantité de liquide jaune citrin. Cette poche a le volume d'une petite mandarine. Une fois le liquide écoulé, on constate que la poche est constituée par deux parties à peu près égales en grandeur, séparées par une bride médiane qui atteint, en certains points, une hauteur de plus d'un demi-centimètre et qui cloisonne la cavité à la façon d'un diaphragme largement ouvert.

Implantée sur cette cloison médiane, existe une végétation en chou-fleur, arborescente, de la grosseur d'une cerise, dont le

pédicule se rattache nettement à la cloison médiane et s'implante directement sur elle. Cette excroissance charnue est constituée par des végétations molles, friables, qui se séparent nettement les unes des autres et dont certaines peuvent se détacher facilement.

La particularité la plus étrange consiste dans l'aspect et la coloration différente de la paroi de la poche dans chacune des deux moitiés séparées par la cloison.

Dans l'une des moitiés, la paroi kystique a une coloration d'un blanc nacré ; elle est presque entièrement lisse, sans aspérités, ni irrégularités, tandis que dans la seconde moitié, la paroi présente une coloration d'un jaune brun, terre glaise ; de plus, au lieu d'être unie, on aperçoit sur cette partie une série de dépressions ressemblant à autant d'alvéoles, nettement séparées les unes des autres, déprimées vers la profondeur.

Examen microscopique. — Des coupes ont été faites sur une portion du bourgeon intéressant en même temps le pédicule et la portion de la paroi kystique avoisinante ; sur les 2e et 3e fragments comprenant des fragments de la paroi des deux moitiés du kyste, et enfin sur un 4e fragment pris dans le tissu mammaire voisin du kyste.

Premier fragment. — La paroi kystique au voisinage du pédicule est constituée par des faisceaux du tissu conjonctif, fibreux, dense, parsemé de noyaux ovoïdes ou fusiformes. Le revêtement épithélial est constitué, en certains points, par un épithélium nettement cubique, disposé en une seule couche ou sur plusieurs couches ; par endroits, en dehors du pédicule principal qui donne naissance au bourgeon végétant, on voit l'épithélium se soulever sous forme de papilles à axe conjonctif mince, tapissées d'un épithélium cylindrique très régulier.

La coupe du bourgeon végétant présente un aspect absolument caractéristique. Elle offre un aspect aréolaire, séparée qu'elle est, en cavités de dimensions différentes, par des travées fibreuses, d'épaisseur et de volume variables. De ces travées fibreuses

partent des végétations papillaires, qui elles-mêmes, se ramifient, peuvent se subdiviser de façon à donner naissance à des végétations secondaires. Ces alvéoles sont tapissées d'un épithélium cubique par places, cylindrique dans la plupart des points. Elles sont, le plus souvent tassées les unes contre les autres, à peine séparées par quelques travées fibreuses, extrêmement minces, ne possédant aucune paroi propre. L'accumulation des formations épithéliales, en certains points de la coupe, est telle qu'on croirait presque avoir affaire à une néoplasie maligne, étant donné l'abondance de la prolifération épithéliale qui, tout en conservant le type glandulaire normal, s'en écarte cependant, par certains caractères. Les papilles primaires ou secondaires, nées des travées fibreuses, sont elles aussi recouvertes d'un épithélium cylindrique, à hautes cellules, disposées en une ou plusieurs couches.

Le fragment de la paroi kystique intéressant la portion de la paroi kystique qui était jaune est constitué par du tissu conjonctif fasciculé, dense, réparti en couche extrêmement épaisse. On ne trouve, nulle part, trace d'épithélium du côté de la paroi interne de la cavité. En aucun point de cette paroi kystique, il n'y a de traces de formations glandulaires épithéliales.

Il en est de même pour les coupes qui intéressent la seconde cavité kystique, à paroi blanchâtre et lisse, dans laquelle l'épithélium de revêtement a complètement disparu ; cette paroi kystique est beaucoup moins considérable et beaucoup plus lâche que sur la coupe précédente.

Sur les coupes de la mamelle, intéressant les portions voisines du kyste, on constate que la glande est, dans ces points, le siège d'un travail de sclérose intense. Il existe encore des acini glandulaires normaux, mais bon nombre d'entre eux sont dilatés, et constituent des kystes microscopiques, dans lesquels le revêtement épithélial, cubique par places, cylindrique en d'autres points, se soulève, pour former de petites végétations qui sont

comme l'ébauche et l'amorce des végétations volumineuses que nous avons décrites au niveau du kyste principal.

Observation 35

FRÉMICOURT. *Kyste végétant du sein.*

(Thèse de Lille, 1909.)

Femme opérée le 25 janvier 1898. L'observation clinique n'a pas été retrouvée. La pièce conservée montre un lambeau elliptique cutané, de faibles dimensions, concernant le mamelon, qui est bien saillant, nullement rétracté. La peau n'est pas altérée ; sous le mamelon et correspondant à lui, existe une cavité kystique, actuellement très rétractée, du volume d'une prune, à parois extrêmement épaisses, de consistance presque lardacée. Ce kyste contenait du liquide hématique, et on aperçoit, dans la plus grande partie de la paroi interne du kyste, des ramifications d'aspect feuilleté, de coloration jaunâtre, qui représentent des couches de fibrine colorées par le sang.

Sur une étendue correspondant environ à la moitié de la paroi kystique, on aperçoit une nappe ininterrompue de petites saillies végétantes, formant comme un tapis épais de quelques millimètres. Il s'agit là, nettement, d'un kyste végétant, dans lequel il n'y a plus seulement un ou plusieurs bourgeons, de volume différent, sessiles ou pédiculés, mais si l'on peut dire, d'une prolifération végétante de la paroi kystique, dans la plus grande partie de son étendue.

A l'examen histologique, les caractères microscopiques sont complètement différents de la tumeur précédente. La prolifération épithéliale qui constitue la couche ininterrompue de végétations, présente tous les caractères d'une tumeur épithéliale maligne, envahissante, en voie de développement. Il ne s'agit plus ni de saillies papillaires, tapissées par un épithélium cylindrique régulier, à une ou plusieurs couches. C'est à peine si,

en quelques points, on constate quelques formations papillaires, avec cellules rappelant le type cylindrique, avec noyau volumineux, nettement allongés.

Dans la plus grande partie de la coupe, la prolifération épithéliale est absolument atypique, elle est constituée par des amas énormes d'îlots épithéliaux, disposés sous forme de noyaux ou d'alvéoles, séparés par des trames conjonctives parfois assez épaisses ; il s'agit là, en somme, d'une véritable tumeur maligne, d'un carcinome au début de son développement. La néoplasie épithéliale végétante est limitée par la paroi conjonctive sous-jacente et on n'aperçoit pas d'infiltration de cette paroi par les éléments épithéliaux. La paroi conjonctive du kyste est très épaisse, dense, fibreuse, mais n'est pas envahie par les îlots sous-jacents.

Cette observation nous montre bien, si nous la comparons à la précédente, que les kystes du sein peuvent, non seulement être le siège de végétations papillomateuses de nature bénigne, présentant le type de ce que Cornil a appelé l'épithéliome papillaire à cellules cylindriques, mais aussi d'une véritable transformation maligne de nature nettement néoplasique, envahissante et infectante.

Observation 36

Jean Baur (de Bourges). *Épithéliome papillaire du sein, à cellules cylindriques.*

(*Bull. et Mém. Société anatomique*, avril 1910.)

Les coupes que nous avons l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une tumeur que notre collègue Milhiet a bien voulu confier à notre examen.

L'observation clinique peut ainsi se résumer : il s'agit d'une femme de 53 ans sans antécédents héréditaires ou personnels notables, qui, à l'occasion d'un traumatisme au niveau du sein droit fit une poussée de mammite. Le chirurgien appelé à cette

occasion trouve la glande augmentée de volume, douloureuse. Le mamelon est rétracté ; la pression fait sourdre par son orifice un liquide séreux. Remettant toute détermination à plus tard notre confrère se borne à faire appliquer des compresses humides sur la glande ; huit jours après, à l'occasion d'un nouvel examen, il fait les constatations suivantes : Le mamelon est toujours rétracté et laisse sourdre une sérosité sanguinolente ; on constate en plus dans la profondeur une tuméfaction dure, mal limitée, qui n'est cependant adhérente, ni à la peau ni aux plans profonds; pas de ganglions dans l'aisselle. La malade déclare à ce moment que cette « grosseur » existe depuis trois ou quatre mois et qu'elle n'a jamais été douloureuse. En raison de ces signes de malignité, diffusion de la tumeur, rétraction du mamelon, suintement séro-hématique, une intervention est proposée, acceptée, et pratiquée aussi large que possible. Un examen minutieux de l'aisselle au cours de l'opération ne permet de découvrir aucun ganglion.

Le sein nous est envoyé moins le mamelon.

a) *Examen macroscopique.* — Les coupes pratiquées dans toute l'épaisseur de la glande permettent de constater l'existence d'une tumeur kystique grosse comme une noisette. Elle est essentiellement constituée par un kyste unique. La paroi d'aspect fibreux envoie par sa face externe, des traînées blanchâtres de tissu conjonctif qui pénètrent le tissu graisseux. La face interne est lisse. Sur cette face interne se greffe une végétation grosse comme un petit pois, qui comble la cavité du kyste. Enfin, entre la paroi interne du kyste et la végétation, se trouve un liquide visqueux plus ou moins transparent.

b) *Examen microscopique.* — Les coupes microscopiques ont porté :

a) Sur la végétation ;

b) Sur la paroi du kyste ;

c) Sur les travées conjonctives qui, partant de la périphérie de la tumeur, pénètrent dans l'intérieur de la glande.

Examen de la végétation. — Elle est constituée par un épithélium papillaire typique, tel que l'a décrit M. Cornil, et dont l'aspect est superposable à celui des kystes papillaires de l'ovaire ; il s'agit ici d'un kyste extrêmement végétant comme le montre la disposition si variée des travées conjonctives recouvertes d'un éptihélium cylindrique, à cellules hautes, cellules atypiques.

Examen de la paroi du kyste. — La paroi du kyste est constituée par du tissu conjonctif dense revêtu par place d'un épithélium permettant de constater que la végétation s'est développée dans un canal galactophore. En un point de cette paroi se voit nettement la base d'implantation de la végétation papillaire.

Examen des travées conjonctives. — Cet examen prend ici un intérêt tout particulier. On trouve en certains points des acini, des canaux galactophores normaux. Ailleurs se voient des aspects comparables en petit à ce que nous avons constaté au niveau de la végétation, prolifération cellulaire à type papillaire. Enfin on constate la présence de sortes d'alvéoles où l'on reconnaît moins bien les caractères des cellules cylindriques élevées, à noyaux refoulés vers la base. Les cellules véritablement atypiques paraissent avoir ici les caractères de cellules néoplasiques des cancers du sein.

Observation 37 (inédite).

JACOULET ET MOURE. *Épithélioma kystique de la glande mammaire.*

P..., 36 ans, ménagère, entre le 9 juin 1909, à l'Hôtel-Dieu salle Sainte-Marthe, dans le service de notre maître, M. le Dr Guinard.

Cette malade présente une volumineuse tumeur du sein droit dont elle désire être débarrassée.

Elle raconte qu'il y a huit ans, c'est-à-dire à l'âge de 26 ans,

il se produisit un écoulement peu abondant de sang par le mamelon droit. Quelques mois plus tard, le sein commença à augmenter de volume, mais très lentement, sans phénomènes douloureux ni inflammatoire.

Depuis cinq ans aucun écoulement ni séreux ni sanglant ne s'est produit par le mamelon.

Examen local. — Toute la region mammaire droite est déformée par une volumineuse tumeur qui dépasse le volume des deux poings. Cette tumeur, dont la forme est régulièrement ovoïde, occupe toute la région externe du sein droit ; elle a refoulé en dedans et en arrière la glande mammaire, dont elle paraît bien indépendante. La peau qui recouvre la tumeur est lisse, tendue, amincie, mais en aucun point elle ne présente d'adhérences et se laisse facilement plisser. Il existe une circulation veineuse sous-cutanée notable.

Le mamelon n'est pas rétracté et ne semble présenter aucune connexion avec la tumeur,

Celle-ci, facilement palpable à travers les téguments amincis, présente une surface lisse et régulière ; en aucun point, on ne perçoit de zone indurée ou épaissie.

Sa consistance est partout fluctuante.

Cette poche kystique n'est pas transparente.

Si l'on en comprime les différentes parties, on ne détermine aucun écoulement par le mamelon.

Enfin, on mobilise facilement la tumeur sur le grand pectoral contracté.

L'exploration des creux, axillaire et sous-claviculaire ne révèle aucune adénopathie.

Le sein gauche ne présente rien d'anormal.

Examen général. — Rien de particulier à noter ; urines normales.

Les règles sont régulières, mais douloureuses.

La malade a eu trois enfants et est actuellement enceinte de cinq mois.

Elle n'a jamais allaité.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Diagnostic. — Épithélioma kystique du sein.

Le 11 juin, l'opération est pratiquée par M. Guinard ; une large incision elliptique circonscrit le sein et, en bloc, le kyste et la glande mammaire sont extirpés.

Le curage de l'aisselle n'est pas pratiqué, on ne perçoit, du reste, aucun ganglion.

Les suites opératoires sont excellentes ; le dixième jour, ablation des fils.

Le 22 juin, la malade sort en parfait état.

Examen anatomique. — La pièce comprend tout le sein avec la peau qui le recouvre ; elle est constituée par la glande mammaire au-devant de laquelle s'est développé le kyste qui présente un volume double de celui de la glande.

Ce grand kyste qui mesure 10 centimètres de diamètre dans un sens et 13 centimètres dans l'autre, est situé superficiellement entre la glande et la peau ; le mamelon répond à la partie moyenne de sa face superficielle.

Le kyste contenait, sans pression, 440 centimètres cubes de liquide trouble, de coloration brunâtre ; l'examen cytologique du liquide après centrifugation a montré de nombreux globules rouges, des polynucléaires, des lymphocytes, des cellules arrondies, présentant un gros noyau régulier et qui sont vraisemblablement des cellules épithéliales desquamées, enfin de très nombreux débris cellulaires.

L'examen chimique du liquide n'a pas été fait.

Après incision, le kyste apparaît formé d'une paroi dure, fibreuse, épaisse d'environ 5 à 6 millimètres. Sa face interne présente une coloration brun jaunâtre, rappelant celle du liquide ; en frottant un point de sa surface avec une compresse, on la débarrasse de ce dépôt ; elle prend alors une coloration blanc nacré.

La poche kystique semble absolument indépendante de la glande mammaire ; il existe entre les deux un plan de clivage qui permet de les séparer.

En un point où la paroi du kyste confine à la glande, existe un bourgeon végétant, blanc grisâtre, de la grosseur d'une noix qui fait saillie dans l'intérieur du kyste.

Cette végétation est implantée sur la face interne de la paroi kystique, dont la face externe est, en ce point, macroscopiquement séparée de la glande par un plan celluleux.

La glande est de consistance ferme ; sectionnée en tranches régulières, *elle ne présente absolument aucune autre formation kystique.*

Examen histologique. — Des fragments ont été prélevés en différents points qui sont désignés sur le schéma suivant de la pièce (Fig. I).

1° *Au niveau de la glande :*

a) En pleine glande (1, 2).

b) Aux confins de la glande et du tissu cellulaire lâche qui la séparait de la paroi kystique (3).

2° *Au niveau du kyste :*

a) Coupe de la paroi au point où s'implantait le bourgeon végétant (4).

b) Coupe du bourgeon à son extrémité libre (5).

c) Coupe de la paroi en des points éloignés de la glande et du bourgeon végétant (6, 7).

d) Coupe intéressant la peau et la paroi kystique (8).

e) Coupe intéressant la paroi kystique et le tissu cellulaire lâche qui la séparait de la glande (9).

3° *Au niveau du mamelon :*

a) Coupe verticale intéressant le mamelon et la paroi kystique (10).

b) Coupes transversales, au sommet (11, 12) et à la base du mamelon (13, 14).

4° *Au niveau du tissu cellulaire B qui séparait la paroi kystique de la peau :*

a) Au voisinage de la glande (15).

b) Au voisinage du mamelon (16).

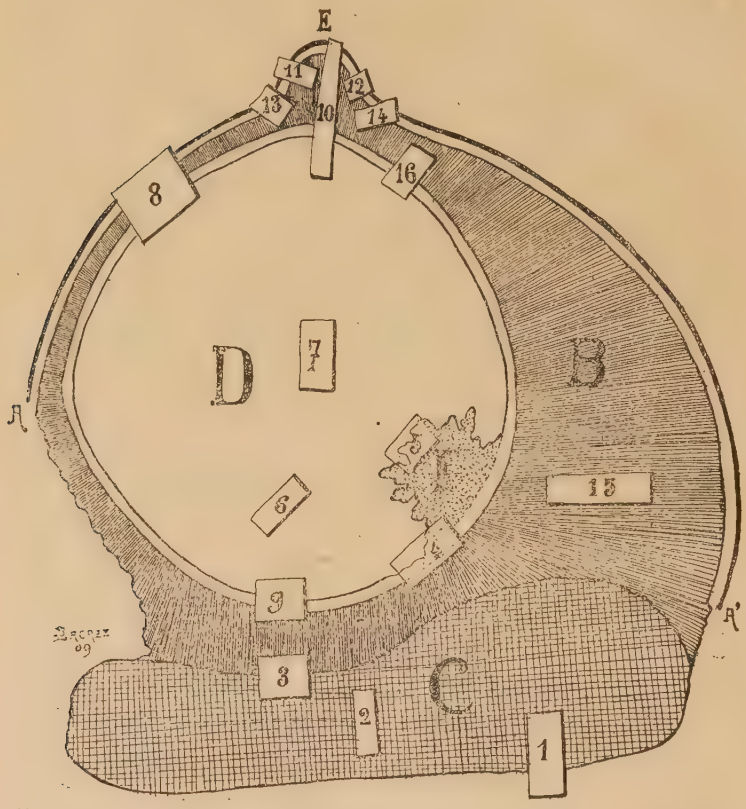

Fig. I.

I. — Au niveau de la glande. — La glande mammaire est en voie d'hyperfonctionnement. A un faible grossissement, on voit des amas d'acini glandulaires constituant le lobule, séparés par des travées épaisses de tissu conjonctif que coupe la lumière des conduits galactophores (Fig. II).

Il nous faut étudier chacune de ces parties à un plus fort grossissement.

Fig. II.

Les acini sont, pour la plupart, formés d'une assise régulière de cellules cubiques, quelques-uns présentent cependant plusieurs rangées de cellules qui en rétrécissent la lumière. Celle-ci est tantôt vide, tantôt présente une masse de mucus coloré par l'éosine et rétractée contre l'une des parois. La lumière de quelques acini enfin est remplie de polynucléaires réunis en amas, avec quelques rares moyens mononucléaires et lymphocytes.

En certains points apparaissent des lobules dont les acini sont entièrement oblitérés par la prolifération de leurs cellules. Celles-ci sont tassées les unes contre les autres, de forme polyédri-

que ; elles présentent un noyau régulier ; les figures de karyokinèse sont exceptionnelles et rien ne fait penser à un processus malin.

Le tissu conjonctif péri-acineux prend d'ailleurs part à l'irritation et par endroits les espaces inter-acineux sont bourrés de cellules diverses : cellules conjonctives à noyau clair allongé, mononucléaires moyens, quelques plasmazellen, d'assez nombreux polynucléaires neutrophiles.

Les canaux excréteurs ont, pour la plupart, un revêtement normal ; cependant quelques-uns présentent des lésions intéressantes à noter. En certains points, on voit l'épithélium de recouvrement proliférer, formant un petit bourgeon intracanaliculaire (Fig. III). Le tissu conjonctif sous-jacent semble faire hernie dans la lumière, formant l'axe du bourgeon ; sur lui s'implantent plusieurs rangées de cellules épithéliales cubiques qui se tassent sans ordre ; elles ne présentent pas d'ailleurs de caractères de malignité.

En somme, il ressort de l'étude de ces coupes que la glande mammaire, en voie d'hyperplasie, est atteinte d'inflammation subaiguë portant sur les acini, les conduits excréteurs et le tissu conjonctif.

La glande était séparée de la paroi kystique par un tissu cellulaire très lâche qui a permis de les décoller l'une de l'autre. Il semblait ainsi, d'après cet aspect macroscopique, que le kyste était indépendant de la glande.

Les coupes histologiques pratiquées dans ce tissu lâche, les unes aux confins de la glande, les autres aux confins du kyste ont montré *qu'il existait à ce niveau des acini glandulaires et des canaux galactophores en tout semblables à ceux que l'on rencontre sur les coupes faites en pleine glande* (Fig. I, 3, 9).

II. — Au niveau du kyste. — Sur les coupes portant en des points où n'existent pas de bourgeons, on voit la paroi formée de lamelles concentriques de faisceaux conjonctifs ; *par places*

apparaissent des capillaires gorgés de sang et des lacunes allongées revêtues d'un endothélium, dont la lumière est vide.

Fig. III.

Sur les points éloignés de la glande, on ne retrouve pas d'acini dans la paroi kystique, mais seulement des amas de petites cellules rondes.

En ces points la face interne de la paroi kystique n'est pas revêtue d'épithélium, mais les faisceaux conjonctifs deviennent plus lâches, sont infiltrés de petites cellules rondes et de globules rouges.

La plus grande partie de la face interne du kyste était revêtue d'une couche brun jaunâtre adhérente ; les coupes montrent qu'à ce niveau les faisceaux conjonctifs sont écartés par des lacunes pleines de sang et toute la surface est recouverte par un caillot.

Cette vascularisation considérable de la paroi montre l'importance qu'ont eue les hémorragies dans le développement considérable et rapide du kyste.

Les coupes de la paroi du kyste au niveau de la végétation intra-kystique montrent que la paroi est toujours formée de faisceaux conjonctifs concentriques, de plus en plus serrés à mesure qu'on se rapproche de la face interne. Vers la périphérie ils sont traversés par quelques vaisseaux gorgés de sang, par des canaux galactophores ; enfin, par places, apparaissent des acini qui présentent les mêmes lésions que ceux examinés sur des fragments pris en pleine glande.

La face interne de la paroi kystique présente ici un revêtement épithélial. — En examinant cette paroi de la périphérie vers le bourgeon, on voit d'abord que les faisceaux conjonctifs sont seulement revêtus par une seule rangée de cellules aplaties ; en approchant du bourgeon, l'épithélium de recouvrement prolifère, les cellules deviennent cubiques, puis se placent sur plusieurs rangs : les cellules superficielles s'allongent de plus en plus et deviennent cylindriques très hautes : *on voit ainsi naître progressivement la végétation* (Fig. IV).

La végétation se trouve formée par un axe conjonctif contenant des vaisseaux, revêtue d'une ou de plusieurs couches de cellules épithéliales.

Cet axe envoie des prolongements extrêmement ramifiés qui délimitent entre eux des loges anfractueuses contenant du mucus. Le tissu de soutien de ces villosités est formé de tissu conjonctif adulte infiltré de quelques cellules lymphatiques mononucléaires ; quelques villosités sont constituées par du tissu muqueux contenant quelques cellules étoilées.

Toutes contiennent des vaisseaux : quelques-unes sont extrêmement vascularisées, les vaisseaux y apparaissent très dilatés, gorgés de sang, formant de véritables lacunes. Les cellules épithéliales qui recouvrent ces prolongements irréguliers sont très polymorphes : par endroits ils sont tapissés par une ou deux

Fig. IV.

rangées de cellules cubiques ; plus loin le revêtement est formé de cellules cylindriques, toutes régulièrement placées ; mais sur d'autres points, toute systématisation est rompue et les cellules

s'infiltrent dans le tissu conjonctif, formant de véritables boyaux épithéliaux.

Les cellules épithéliales ainsi infiltrées sans ordre sont extrêmement polymorphes : les unes conservent les dimensions des cellules glandulaires normales ; d'autres présentent des dimensions considérables, leur protoplasme finement granuleux se colore très facilement par les colorants acides ; les noyaux sont arrondis, réguliers, avec un réseau chromatique très fin ; on ne trouve que très peu de figures de karyokinèse.

En certains points, entre les cellules épithéliales se trouvent des amas de petites cellules rondes.

En somme, l'aspect histologique des coupes du bourgeon qui faisait saillie dans le kyste répond absolument à la description que donne Cornil de l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques et quelques-unes de ses figures sont tout à fait superposables à certaines de nos coupes.

III. — Au niveau du mamelon. — Les rapports du kyste avec le mamelon étaient importants à préciser ; aussi avons-nous multiplié les coupes à ce niveau.

Macroscopiquement la paroi du kyste paraissait ne présenter aucune connexion avec le mamelon et n'était reliée à lui par aucun tractus : le mamelon se mobilisait librement à la surface du kyste.

Sur les coupes faites avec le fragment 10, comprenant toute la hauteur du mamelon et la paroi kystique, on voit celle-ci absolument indépendante passant librement au-dessous du mamelon.

Sur les coupes transversales de la base du mamelon, on constate que la partie gauche de celui-ci répondant au fragment 13 ne contient pas de canaux galactophores et que tous passent dans la partie droite (fragment 14). Ceci semble donc indiquer qu'ils ont été repoussés par la paroi kystique au cours de son développement.

Les canaux excréteurs de la glande présentent des lésions très

nettes, autant ceux qui sont situés dans la glande que ceux que l'on rencontre dans la coupe du mamelon. Dans les coupes portant sur la glande, nous avons déjà signalé de petits prolongements villeux qui font saillie dans la lumière des canaux excréteurs (fig. III).

Fig. V.

Au niveau du mamelon, la lumière des canaux coupés transversalement apparaît irrégulière, dentelée, limitée par deux ou trois assises de cellules polyédriques pour les couches profondes cubiques par les couches superficielles. L'un de ces canaux en particulier (Fig. V) présente une prolifération intra-canaliculaire formant des arborisations délicates recouvertes d'une rangée de cellules cubiques. Un dernier point restait à éclaircir, c'était la façon dont se comportaient les canaux excréteurs de la glande

qui semblaient séparés du mamelon par le kyste. Nous avons donc pratiqué des coupes dans le tissu cellulaire qui séparait la paroi kystique de la peau. Nous avons pu nous rendre compte que ce tissu lâche contenait des acini glandulaires et des conduits galactophores, formant ainsi le pédicule excréteur de la glande, allongé et repoussé par le développement du kyste.

En somme, macroscopiquement il semblait exister un grand kyste du sein indépendant de la glande qui semblait normale.

Le microscope a montré qu'en réalité la glande entière était altérée, parenchyme et stroma. Il a montré d'autre part que dans la paroi du kyste en grande partie fibreuse, il existait par endroits des acini glandulaires et des canaux excréteurs.

ÉTIOLOGIE

Comme pour toutes les néoplasies, l'étiologie des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est encore obscure.

Dans ce chapitre, nous ne pouvons donc que passer en revue les différents facteurs qui semblent prédisposer au développement de la variété de tumeur que nous avons en vue ; encore verrons-nous qu'aucun de ces facteurs n'a une valeur absolue.

Sexe. — L'épithélioma kystique de la glande mammaire peut s'observer dans les deux sexes, mais il est bien plus fréquent chez la femme.

Sur les 37 observations que nous avons pu recueillir, 33 fois le sexe de l'individu est mentionné et on trouve la proportion suivante :

29 fois, le kyste végétant s'est développé chez la femme ;

4 fois, il s'est développé chez l'homme (Le Dentu Morestin, Cléret, Lecène).

Age. — L'âge auquel se développent ces kystes est très variable et il est souvent difficile de déterminer même approximativement le début, étant donné l'évolution lente

et insidieuse de l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques.

Si nous compulsons les observations où l'âge des malades est indiqué, nous voyons que ces kystes se développent le plus souvent chez des individus ayant atteint la quarantaine, mais il n'y a là rien d'absolu.

A titre documentaire, nous pouvons dresser le tableau suivant :

Entre 20 et 30 ans, 1 cas (Bowlby).

Entre 30 et 40 ans, 3 cas (Bowlby, Péraire, Jacoulet et Moure).

Entre 40 et 50 ans, 11 cas (Coyne, Bowlby, Reverdin et Mayor, Ledentu, Cornil et Péraire, Dubar, Cléret, Auvray, Frémicourt, Mermet et Faitout, Barker).

Entre 50 et 60 ans, 4 cas (B. Pollard, Butlin, Pilliet, Le Dentu).

Entre 60 et 70 ans, 7 cas (Malherbe, Bowlby, Faguet, Lecène, Chandesris).

Entre 70 et 80 ans, 1 cas (Lemounier et Verchère).

Chez notre malade, le kyste s'est donc développé de bonne heure, puisque les premiers symptômes en sont apparus à l'âge de 26 ans.

Hérédité. — L'hérédité ne semble pas avoir là plus qu'ailleurs une influence notable. Nous trouvons mentionné dans quatre observations l'existence de tumeurs cancéreuses chez les ascendants des malades.

Dans l'observation 10 (Bowlby), la mère de la malade est morte d'un cancer du sein.

Dans l'observation 14 (Bowlby), même hérédité.

Dans l'observation 13 (Bowlby), la mère de la malade est morte d'un cancer, mais le siège de celui-ci n'est pas précisé.

A ces trois faits nous ajouterons l'observation de la malade de Péan : son père est mort d'un cancer du pylore, sa mère d'un cancer de l'utérus.

Grossesse et lactation. — Il semble que la grossesse et la lactation doivent avoir une certaine influence sur le développement des épithéliomas kystiques de la glande mammaire. Or nous voyons que ces kystes ont été observés avec une égale fréquence soit chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant, soit chez des femmes en ayant eu, et ayant allaité, soit chez des femmes n'ayant jamais allaité, comme c'est le cas de la malade que nous avons observée (obs. 37).

Lésions inflammatoires antérieures. — Faut-il tenir compte des lésions inflammatoires antérieures de la glande comme causes provocatrices de l'épithélioma kystique ?

Dans deux observations seulement, ces lésions ont été notées.

La malade de Barker (obs. 18) avait présenté vingt-deux ans auparavant une excoriation assez grande du mamelon survenue au cours de l'allaitement.

Dans le cas de Faguet (obs. 20) la malade avait eu des abcès multiples du sein, ayant suppuré longtemps.

Dans les autres observations que nous rapportons, rien d'analogue n'est signalé.

Traumatisme. — Dans une observation de Frémicourt, le traumatisme aurait déterminé une augmentation de volume de la tumeur ; nous savons le peu de confiance qu'il faut accorder au traumatisme, auquel les malades font jouer un si grand rôle.

Néanmoins dans le cas particulier, le traumatisme peut agir en déterminant la production d'hémorragies

intra-kystiques, d'où accroissement brusque du volume du kyste.

Remarquons enfin que dans l'observation de Lecène (obs. 26) qui a trait à un homme de 63 ans, il existait en même temps qu'un épithélioma kystique de la glande mammaire, un épithélioma pavimenteux à globes cornés de la joue. Il était intéressant de signaler cette *pluralité de néoplasmes.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous aurons successivement à étudier le kyste végétant et la glande mammaire d'abord au point de vue macroscopique, puis au point de vue microscopique.

Étude macroscopique

I. — Kyste.

Il faut envisager le siège, le nombre et le volume des kystes.

Siège. — Le siège de ces kystes est assez constant : ils sont généralement situés au voisinage du mamelon.

Sur 24 observations où le siège du kyste a été nettement précisé, nous trouvons la proportion suivante :

14 fois la tumeur siégeait exactement sous le mamelon : Bowlby (obs. 8, 10, 11), Bilton-Pollard, Demarquay, Reverdin et Mayor, Mermet et Faitout, Faguet, Le Dentu, Walther, Auvray, Cléret, Frémicourt, Lecène.

7 fois la tumeur siégeait au voisinage du mamelon : Bowlby (obs. 12), Butlin, Chandesris (obs. 31, 32), Frémicourt, Coyne, Lemounier et Verchère.

3 fois la tumeur siégeait dans les parties périphériques de la glande : Bowlby, 3 observations.

Dans quelques cas, comme dans notre observation inédite (obs. 37) le volume de la tumeur était si considérable qu'il était impossible de préciser exactement le point de départ de la néoplasie.

Nombre. — Le kyste végétant de la glande mammaire est généralement unique.

1° Dans 23 observations le kyste est solitaire : il forme une masse unique, de forme relativement régulière.

Dans 2 cas, le kyste est bilobé (Coyne, Cléret).

Dans 2 cas, le kyste est multiloculaire (Bowlby, obs. 8 ; Demarquay, obs. 4).

2° L'existence de deux kystes voisins l'un de l'autre n'est signalée que dans la seule observation de Reverdin et Mayor.

3° Dans l'observation de Faguet, rapportée par Labrunie dans sa thèse, il y avait trois kystes très voisins l'un de l'autre occupant la région sous-aréolaire (obs. 20).

En résumé on voit que le kyste végétant est, dans la majorité des cas, unique; quelquefois il présente à sa partie moyenne un rétrécissement qui lui donne une forme comparable à celle d'une hydrocèle en bissac.

D'autres fois la tumeur est multilobée, polykystique : les kystes sont tassés les uns contre les autres, mais la masse ainsi fermée est nettement délimitable. Jamais elle ne rappelle l'aspect de la glande mammaire atteinte de maladie kystique de M. Reclus.

Volume. — Le volume des kystes végétants varie dans des limites relativement étendues, mais d'une façon générale, on peut dire qu'ils n'acquièrent que rarement un volume bien considérable.

Le kyste a le volume d'une noisette dans *deux* obser-

vations de Bowlby (obs. 10, 11). Il atteint le volume d'une noix dans *cinq* observations (Bowlby, Chandesris, Le Dentu, Faguet, Reverdin et Mayor).

Les cas de Bowlby, Butlin, Cruveilhier, Chandesris, Walther, Ricard, Péraire, Le Dentu, Mermet et Faitout, Cléret, Frémicourt, soit *onze* observations, ont trait à des tumeurs atteignant le volume d'un œuf.

Le kyste extirpé par Lecène atteignait le volume d'une orange.

Les observations de kystes végétants atteignant des dimensions plus considérables sont rares.

Dans un cas de Demarquay (obs. 3), la tumeur atteignait le volume des deux poings et contenait approximativement 300 grammes de liquide.

Chez la malade observée par Coyne (obs. 5), une ponction du kyste donna issue à deux verres de liquide et par l'orifice de ponction devenu fistuleux, il s'écoulait par intermittences une quantité notable de sérosité sanguinolente, 1 litre environ.

Auvray a extirpé un kyste contenant 300 grammes de liquide (obs. 27).

Chez la malade que nous avons observée avec Moure, la tumeur dépassait le volume des deux poings et contenait sans pression 440 centimètres cubes de liquide ; les dimensions de la poche étaient de 10 centimètres de diamètre dans un sens, 13 centimètres dans l'autre ; c'est donc là un des kystes végétants les plus volumineux qui aient été signalés jusqu'ici.

Si on pratique une incision sur la tumeur, on tombe dans une cavité kystique contenant dans son intérieur un bourgeon végétant plus ou moins volumineux qui baigne dans du liquide.

Nous avons donc à étudier au point de vue macroscopique :

a) La paroi kystique ;

b) Le liquide intra-kystique ;

c) La végétation intra-kystique.

A. — Paroi kystique. — La paroi du kyste végétant est généralement dure, fibreuse ; son épaisseur varie suivant les cas et suivant le point examiné pour le même kyste : 1 à 2 millimètres (Demarquay), 2 à 3 millimètres (Mermet et Faitout), 5 à 6 (Jacoulet et Moure).

Cette paroi peut être doublée extérieurement d'une lame cellulo-adipeuse plus ou moins épaisse comme dans les observations de Demarquay, de Cléret.

La face externe de cette membrane fibreuse présente d'intéressantes connexions avec le reste de la glande mammaire et la peau.

Tantôt le kyste et la glande mammaire sont indépendants l'un de l'autre : c'est le cas de la tumeur que nous avons examinée (obs. 37), il existait entre les deux formations un plan de clivage permettant de séparer le kyste de la glande. La disposition était analogue dans une des observations de Bowlby (obs. 12). Tantôt le kyste est inclus dans le parenchyme glandulaire, c'est souvent le cas des kystes de petit volume : des traînées blanchâtres de tissu conjonctif partent de la face externe de la paroi kystique et pénètrent dans le parenchyme glandulaire et le tissu cellulo-graisseux avoisinant (Bowlby, Demarquay, Baur).

La face interne de la membrane qui limite le kyste présente les particularités suivantes :

Elle peut être lisse, unie, présentant l'aspect d'une séreuse (Demarquay, Reverdin et Mayor) ; ou bien

elle est ridée, présentant une série de petites dépressions qui augmentent sa surface (Auvray).

La coloration de la face interne du kyste peut être blanc nacré (Cruveilhier), plus souvent elle est brune ou jaunâtre ; mais en frottant un point de la surface avec une compresse, on voit que cette coloration est due à un dépôt de fibrine et de matière colorante du sang et que la paroi kystique est blanche (Frémicourt, Auvray, Jacoulet et Moure).

Si on examine attentivement la paroi interne du kyste, on peut, dans quelques cas, y découvrir des séries de petites saillies dont le volume atteint celui d'une tête d'épingle et qui représentent la phase initiale de développement du papillome, du bourgeon végétant qu'il nous faut maintenant étudier.

B. — Bourgeon végétant intra-kystique. — Les végétations intra-kystiques peuvent se présenter sous deux aspects bien différents. On voit, implantée sur un point de la face interne du kyste, sessile ou pédiculée, une excroissance plus ou moins volumineuse, constituant le papillome, la végétation en chou-fleur intra-kystique.

D'autres fois, il ne s'agit plus d'une excroissance unique, isolée, mais d'une transformation en masse de la paroi kystique: les végétations, sur une certaine étendue de la paroi interne du kyste, forment un feutrage épais et serré. Nous allons étudier successivement ces deux variétés.

1° *Végétation unique.* — L'implantation de la masse végétante se fait en un point quelconque de la membrane kystique.

Le bourgeon papillomateux se présente sous forme d'une masse unique, relativement homogène, comme

dans les observations de Reverdin et Mayor, Walther, Ricard, Lecène, Cléret, Baur, Jacoulet et Moure.

Plus rarement il y a deux bourgeons végétants (Auvray) voisins l'un de l'autre, ou un plus grand nombre (Coyne).

L'insertion du bourgeon sur la paroi kystique est le plus souvent sessile.

Rarement elle est pédiculée ; dans ce dernier cas le pédicule peut devenir grêle et assez long pour laisser au bourgeon végétant une mobilité considérable telle qu'il a pu s'énucléer de la cavité kystique et s'extérioriser par le mamelon (Le Dentu, obs. 22).

Signalons comme une rareté la disposition du bourgeon végétant dans une des observations de Frémicourt (obs. 34) : la cavité kystique était divisée en deux parties à peu près égales par une cloison incomplète qui en certains points atteignait 1 demi-centimètre de hauteur et cloisonnait la cavité à la façon d'un diaphragme largement ouvert ; c'est sur une des faces de cette cloison médiane que s'implantait une végétation en choufleur, atteignant le volume d'une cerise.

Le volume du bourgeon végétant intra-kystique est très variable. D'après nos observations, nous voyons le bourgeon avoir les dimensions d'une noisette dans les cas de Bowlby, Mermet et Faitout, Lecène, Frémicourt, Baur (obs. 12, 21, 26, 34, 36).

Dans notre cas personnel, le bourgeon atteignait le volume d'une grosse noix (obs. 37).

Dans les cas de Demarquay et Walther, il était gros comme un œuf.

La forme de la végétation est tantôt cônique, tantôt mamelonnée, muriforme ; parfois le bourgeon lisse et ré-

gulier à sa base se divise à son extrémité libre en végétations secondaires.

La consistance du bourgeon est en général molle, friable, on peut à l'aide d'une fine aiguille le dissocier et constater qu'il est en réalité formé par un feutrage de végétations fines et ramifiées.

Sa coloration est jaunâtre ou brune lorsqu'il s'est produit des hémorragies interstitielles, rouge vif si l'hémorragie est récente (Le Dentu).

2° *Végétations multiples.* — Dans certains kystes il existe non plus un bourgeon unique, mais une série de végétations fines, friables.

Tantôt ces végétations sont courtes, formant un feutrage dense, qui double la plus grande partie de la face interne du kyste (Frémicourt).

Tantôt les végétations sont longues, ramifiées : elles se dirigent en tous sens, s'anastomosant les unes avec les autres et dans ce dernier cas elles forment dans l'intérieur de la poche kystique un lacis plus ou moins épais dans les mailles duquel on trouve seulement quelques gouttes de liquide.

C. — Liquide kystique. — Nous allons l'étudier au point de vue de ses caractères macroscopiques, au point de vue de sa constitution chimique ; son étude cytologique sera faite plus loin.

1° *Caractères macroscopiques.* — La quantité du liquide est naturellement en rapport avec le volume du kyste ; nous avons suffisamment insisté plus haut sur ce point.

Du reste cette quantité est assez variable d'un moment à l'autre. Elle augmente lorsque des végétations viennent obstruer les canaux galactophores, comme

dans notre observation 37 ; lorsqu'il se produit des hémorragies intra-kystiques, la tension du liquide augmente d'une façon notable.

Au contraire si la poche est en communication tant soit peu large avec les canaux galactophores, elle peut se vider à l'extérieur par simple expression de la tumeur, la quantité de liquide contenu dans le kyste est alors nulle ou très réduite.

Dans un cas de Coyne (obs. 5) qui a trait à un kyste multiloculaire, une partie des kystes se vidaient par le mamelon et à l'examen clinique il était possible de constater l'existence de poches arrondies et fluctuantes et à leur voisinage des poches vides et flasques.

La coloration varie suivant les cas, peut varier dans un même kyste à différents moments de leur évolution, exceptionnellement même le liquide peut avoir une coloration différente dans un même kyste (Frémicourt).

Sur 27 observations où les caractères du liquide kystique sont bien précisés, nous constatons les modalités suivantes :

Dans 13 cas, le kyste est rempli de sérosité sanguinolente (Bowlby, obs. 8, 10, 11 ; Malherbe, Ricard, Mermet et Faitout, Lecène, Jacoulet et Moure, Frémicourt, obs. 34, 35 ; Faguet, Coyne, Auvray).

Dans 3 cas, le kyste contient à la fois du sérum jaunâtre et du sang coagulé (Bowlby, obs. 9, 13, 14).

Dans deux cas, le kyste contient du sang pur (Bowlby, obs. 12, Cléret).

Dans 4 cas, le liquide est louche, de coloration jaune verdâtre (Demarquay, obs. 3, 4 ; Chandesris, Reverdin et Mayor).

Dans 3 cas, le liquide est transparent, mais visqueux (Cruveilhier, Chandesris, Baur).

La coloration du liquide peut, avons-nous dit, varier d'un moment à l'autre.

Il est évident que le liquide contenu dans le kyste reste clair, tant que la tumeur est jeune ; dès que les hémorragies intra-kystiques se produisent, la coloration change : si on examine le kyste au moment de ces hémorragies, le liquide est une sérosité sanglante, plus ou moins foncée, mais uniformément teintée. Si le kyste est examiné après une période hémorragique, on trouve une sérosité jaunâtre et un coagulum dans les parties déclives du kyste.

Dans l'observation de Frémicourt (obs. 34), lorsque la poche kystique enlevée, fut incisée, il s'en écoula un jet de liquide brun noirâtre, hémorragique, presque marc de café, puis ensuite une certaine quantité de liquide jaune citrin. Ce fait tenant au cloisonnement partiel de la poche et à l'implantation du bourgeon végétant sur une des faces de la cloison : les hémorragies ne s'étaient produites que dans une des deux cavités kystiques.

2° *Caractères chimiques.* — L'examen chimique du liquide n'a été pratiqué qu'une seule fois ; l'observation de Demarquay est la seule où nous puissions trouver des documents sur la constitution chimique du liquide.

Chauffé à 100°, le liquide kystique se prenait en une masse solide, fait tenant à la présence d'une grande quantité d'albumine : 5 grammes de liquide évaporés à siccité dans une capsule donnaient un résidu de 40 centigrammes.

Il existait des traces de matières grasses.

Les sels étaient des chlorures, sulfates et carbonates alcalins.

Il n'y avait pas de sucre en quantité appréciable ; par contre, l'existence de cholestérine fut nettement constatée au point de vue de ses réactions chimiques.

II. — Glande mammaire.

Les lésions de la glande mammaire sont surtout appréciables à l'examen microscopique, néanmoins le simple examen de la glande débitée en tranches régulières permet déjà d'en apprécier les altérations.

Dans le cas de Ricard, il existait de petits kystes visibles à l'œil nu dans le parenchyme mammaire ; dans le cas d'Auvray la glande était infiltrée de tissu cellulo-adipeux avec quelques bandes fibreuses ; il existait un autre kyste de la grosseur d'un petit pois.

La glande mammaire est blanche, dure, compacte ; elle paraît sclérosée et présente quelques petits kystes verdâtres (Reverdin et Mayor).

Dans notre observation 37, la glande était de consistance ferme et ne présentait aucune autre formation kystique ; néanmoins nous verrons plus loin que les altérations microscopiques étaient très nettes.

Étude microscopique

Il suffit de lire quelques observations détaillées au point de vue de l'anatomie pathologique telles que celles de Labbé et Coyne, Reverdin et Mayor, Mermet et Faitout, Baur, pour se faire une idée nette de la structure intime des épithéliomas kystiques de la glande

mammaire. Aussi passerons-nous rapidement sur cette partie de la question en précisant seulement quelques points que nos constatations anatomo-pathologiques nous ont permis d'observer.

Nous étudierons la paroi kystique, le liquide kystique et enfin la végétation puis nous envisagerons les lésions histo-pathologiques de la glande mammaire, des canaux galactophores, des ganglions axillaires.

A. — *Paroi kystique.* — Si on examine la paroi kystique en un point où il n'existe pas de bourgeons végétants, on constate que cette paroi est constituée par des faisceaux de tissu conjonctif disposés en lames concentriques . dans l'intervalle de ces faisceaux, on peut trouver des cellules longues et plates d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche de la face interne de la paroi kystique (Mermet et Faitout), ou bien des noyaux ovoïdes ou fusiformes (Frémicourt), ou bien des amas de petites cellules rondes (Jacoulet et Moure). En outre par places apparaissent dans l'épaisseur de la membrane kystique des capillaires gorgés de sang ou des lacunes allongées tapissées d'endothélium et dont la lumière est vide.

La présence d'acini dans l'épaisseur de la paroi kystique a été notée dans notre observation personnelle et dans celle d'Auvray : ici les acini mammaires étaient hypertrophiés, à culs-de-sac volumineux comme dans les fibro-adénomes ; de même Mermet et Faitout signalent dans l'épaisseur de la paroi kystique des acini hypertrophiés et hyperplasiés.

La face interne de la paroi kystique est dans un certain nombre d'observations recouverte par places une couche brun jaunâtre adhérente ; sur les coupes

on voit qu'à ce niveau les faisceaux conjonctifs sont écartés, dissociés par des lacunes pleines de sang: à la surface interne du kyste, il existe un feutrage de filaments fibrineux, véritable réticulum enserrant dans ses mailles des globules sanguins (Jacoulet et Moure). Dans l'épaisseur de la paroi, on peut voir également des nappes hémorragiques anciennes, de vieux foyers d'hématoïdine ou de globules rouges en voie de dégénérescence granulo-graisseuse (Mermet et Faitout).

La présence d'un revêtement épithélial sur la face interne du kyste est à peu près constante. Si on examine ce revêtement épithélial dans une portion de la membrane kystique éloignée de toute végétation, on voit qu'il est constitué par une ou plusieurs couches de cellules cubiques ou cylindriques.

Dans quelques cas, le revêtement épithélial a disparu par places, comme desquamé (Baur): on voit des lambeaux de cellules épithéliales, adhérant par une de leurs extrémités à la paroi et flottant dans la cavité kystique.

Parfois même le revêtement épithélial manque totalement, surtout dans le cas de kyste ancien (Frémicourt): cette absence coïncide avec l'absence de formations glandulaires épithéliales dans l'épaisseur de la paroi.

Dans l'observation d'Auvray rapportée par Cornil dans son *Traité des Tumeurs du Sein,* la structure de la paroi kystique présentant des caractères particuliers tenant à ce fait que le mamelon très rétracté s'était invaginé dans le kyste ; sur certaines coupes on voyait la paroi présenter un épithélium pavimenteux stratifié, un réseau muqueux de Malpighi et des papilles.

B. — *Liquide kystique.* — L'examen microscopique du liquide contenu dans le kyste n'a été fait que dans un

petit nombre de cas. Demarquay dans une observation où le liquide kystique presentait un aspect chatoyant, fit l'examen microscopique et constata l'existence de lamelles quadrangulaires, cristallines, de cholestérine.

Péraire a trouvé dans le liquide kystique de nombreux leucocytes : d'autres ont constaté la présence de fragments de végétations.

Dans notre cas, l'examen cytologique après centrifugation a montré de nombreux globules sanguins, des polynucléaires, des lymphocytes, des cellules arrondies, présentant un gros noyau régulier et qui étaient vraisemblablement des cellules épithéliales desquamées, enfin de très nombreux débris cellulaires.

C.— *Végétation intra-kystique.*— Elle présente d'intéressantes particularités dans ses différentes portions.

La membrane kystique sur laquelle s'implante la végétation est à ce niveau plus dense : les faisceaux conjonctifs se tassent de plus en plus et sont traversés de capillaires gorgés de sang.

L'épithélium de revètement subit d'intéressantes modifications au fur et à mesure qu'on se rapproche du point d'implantation de la végétation. Sur les coupes de notre kyste, on voit, en approchant du bourgeon, l'épithélium de recouvrement proliférer : les cellules deviennent cubiques, puis se placent sur plusieurs rangs ; les cellules profondes restent cubiques, mais les cellules superficielles s'allongent et deviennent cylindriques, très hautes : on voit naître progressivement la végétation. La végétation proprement dite offre la structure la plus typique de l'épithélioma dendritique de la mamelle.

A un faible grossissement, on peut distinguer trois

zones suivant la hauteur du point considéré et d'aspect bien différent.

A la base, on retrouve l'hypertrophie et l'hyperplasie acineuses correspondant au type classique de l'adénome.

Tout le reste de la végétation a pris l'aspect villeux, papillaire, de l'épithélioma dendritique, mais c'est surtout à la partie moyenne de celle-ci que ces lésions offrent les caractères les plus nets.

Sur une coupe, on voit la section de deux ou trois conduits limités par une bande de tissu fibreux, tapissés d'épithélium à leur face interne. Ces sections correspondent à la coupe de canaux galactophores ou d'acini très dilatés ; elles sont remplies de végétations de volume variable, bifurquées, ramifiées, et qui en s'anastomosant et en se branchant circonscrivent des alvéoles irréguliers, tantôt arrondis, simulant des cavités kystiques, tantôt allongés, ramifiés.

A un fort grossissement on voit que chaque villosité est constituée par un axe conjonctif contenant des vaisseaux, revêtu d'une ou de plusieurs couches de cellules épithéliales.

La vascularisation des végétations est en général très riche : sur les coupes du kyste décrit par Mermet et Faitout, on voit la néoplasie affecter une vascularisation excessive et les cloisons inter-alvéolaires se dédoubler pour laisser circuler dans leur épaisseur des vaisseaux.

Ceux-ci à paroi embryonnaire, simplement endothéliales, sont extraordinairement dilatés, atteignant çà et là jusqu'à 1 ou 2 millimètres : leur lumière est bourrée de leucocytes et d'hématies.

Tout près du sommet de la villosité, là où la prolifération épithéliale atteint son maximum, les vaisseaux

sanguins augmentent encore de nombre et de volume et se substituent aux cloisons inter-alvéolaires formant un véritable tissu angiomateux.

Par places, les capillaires sont rompus par surdistension et le sang remplit les cavités inter-villeuses ou infiltre le stroma (Mermet et Faitout).

Dans notre observation, toutes les villosités contenaient des vaisseaux dilatés, gorgés de sang, formant de véritables lacunes.

Le revêtement épithélial des végétations se présente sous des aspects assez différents.

Sur la charpente conjonctivo-vasculaire, on voit un épithélium tapissant les alvéoles formées par les anastomoses villeuses : la couche épithéliale est le plus souvent unique.

Dans les petites alvéoles, cet épithélium est constitué par des éléments cylindriques assez hauts, dont le noyau est refoulé vers la base de la cellule par un protoplasma clair, légèrement granuleux.

Dans les grands espaces, à mesure que la cavité se remplit de produits muqueux et de cellules desquamées, dégénérées, l'épithélium diminue de hauteur, prend l'aspect cubique et occupe presque toute l'étendue de la cellule.

Plus rarement et en certains points seulement, l'épithélium devient cubique stratifié et avec Mermet et Faitout on peut distinguer deux couches de cellules : une couche profonde de remplacement, une couche superficielle dans laquelle on voit les cellules gonflées, dégénérées, se détacher et tomber dans la cavité des alvéoles : c'est là qu'on les retrouve, vésiculées, triplées ou quadruplées de volume, granuleuses, en pleine dégéné-

rescence. C'est la masse de ces produits qui donne au contenu des alvéoles cette coloration jaunâtre, ambrée.

C'est sur certaines coupes seulement que l'on voit les végétations papillaires prendre des caractères spéciaux qui témoignent de la nature maligne de nos épithéliomas kystiques. La transformation de l'épithélium tant dans l'agencement des éléments cellulaires que dans la structure intime de ceux-ci est expressément notée dans plusieurs des observations, complètes au point de vue histo-pathologique, qué nous avons pu recueillir.

En certains points, la trame conjonctive qui supporte l'épithélium, dit Malherbe (obs. 6), est sillonnée par des rangées de cellules épithéliales qui, par places, rappellent l'envahissement du tissu fibreux par les masses épithéliomateuses. Sur les coupes du kyste examiné par Chandesris (obs. 31) on a à un faible grossissement l'impression d'une production adénomateuse ; mais à un plus fort grossissement, les acini apparaissent moins réguliers ; en outre le tissu conjonctif est infiltré d'une grande quantité de cellules épithéliales disséminées. Sur les coupes du bourgeon intra-kystique, même infiltration épithéliale, aussi ne peut-on s'empêcher de penser à une tumeur bénigne en train de se transformer en tumeur maligne.

Les lésions étaient moins accentuées dans le cas de Walther examiné par Cornil (obs. 29) ; on note seulement que le tissu conjonctif du bourgeon intra-kystique contenait un assez grand nombre de cellules allongées, fusiformes ou plates, indiquant un certain degré d'irritation.

Dans le cas de Morestin examiné par Cornil (obs. 30) les culs-de-sac glandulaires sont dépourvus de membrane propre hyaline et les cellules épithéliales sont

devenues tellement longues, si pressées latéralement les unes contre les autres, qu'elles sont en réalité atypiques et diffèrent de ce qu'on observe dans les adénomes purs. Le Dentu signale une infiltration épithéliale considérable des tissus à la base de la végétation intra-kystique (obs. 23).

La dégénérescence maligne est signalée dans les deux observations de Frémicourt (obs. 34 et 35) où l'examen histologique a été pratiqué par Curtis.

Dans l'une, l'accumulation des formations épithéliales, en certains points de la coupe, est telle qu'on croirait avoir affaire à une néoplasie maligne, étant donné l'abondance de la prolifération épithéliale qui s'écarte par certains points du type glandulaire normal.

Dans la seconde observation où macroscopiquement il existait des végétations sur la plus grande partie de la face interne du kyste, la prolifération épithéliale qui constituait la couche ininterrompue des végétations présentait tous les caractères d'une tumeur épithéliale maligne, envahissante, en voie de développement. Il ne s'agit plus de saillies papillaires tapissées par un épithélium cylindrique régulier, à une ou plusieurs couches : cette disposition ne s'observe qu'en de rares endroits. Dans la plus grande partie au contraire, la prolifération est absolument atypique ; elle est constituée par d'énormes amas épithéliaux disposés sous forme de noyaux ou d'alvéoles séparés par des travées conjonctives. Il s'agit d'une véritable tumeur maligne, mais néanmoins la néoplasie est encore limitée, car sur les coupes intéressant la couche épithéliale végétante et la paroi conjonctive sous-jacente, on n'aperçoit pas d'infiltration de cette paroi par les éléments épithéliaux. La paroi conjonctive

du kyste, très épaisse, dense, fibreuse, n'est pas envahie par les îlots épithéliaux.

Dans notre observation (obs. 37), l'examen histo-pathologique a décelé des lésions moins accentuées que dans le cas précédent, mais très nettes : en certains points des préparations, les cellules s'infiltrent dans le tissu conjonctif formant de véritables boyaux épithéliaux.

Ces cellules épithéliales infiltrées sans ordre sont extrêmement polymorphes : les unes conservent les dimensions des cellules glandulaires normales, d'autres présentent des dimensions considérables, leur protoplasme finement granuleux se colore facilement, les noyaux sont arrondis, réguliers ; par places on trouve des figures de karyokinèse.

Dans l'observation de Baur, les cellules épithéliales présentent le caractère atypique des cellules néoplasiques (obs. 36).

D. — *Lésions de la glande mammaire et des canaux galactophores.* — Si macroscopiquement les lésions de la glande mammaire sont peu appréciables, il n'en est pas de même à l'examen microscopique et la constatation de ces lésions, assez peu souvent décrites dans les observations, présente un intérêt considérable au point de vue du traitement chirurgical des épithéliomas kystiques de la glande mammaire.

Dans une observation de Frémicourt, on constate que le parenchyme glandulaire dans les parties voisines du kyste est le siège d'un travail de sclérose intense. Il existe bien encore des acinis glandulaires normaux, mais bon nombre d'entre eux sont dilatés et constituent des kystes microscopiques dans lesquels le revêtement épithélial, cubique par places, cylindrique en d'autres

points, se soulève pour former de petites végétations qui sont comme l'ébauche et l'amorce des végétations volumineuses que l'on constate au niveau du grand kyste.

Dans l'observation de Mermet et Faitout, on note une augmentation de volume considérable des lobules glandulaires ; les acini sont dilatés et se transforment en petits kystes qui souvent communiquent entre eux par l'intermédiaire de leurs canaux dilatés.

Les kystes microscopiques contenus dans le parenchyme glandulaire se présentent sous deux aspects : tantôt ils sont remplis des produits de sécrétion ou de désagrégation de leurs cellules épithéliales qui ont sub la dégénérescence graisseuse ou colloïde ; tantôt leur cavité est occupée par des végétations dendritiques nées de la paroi.

Dans les cas de Ricard, de Baur, la glande présentait des lésions de fibro-adénome.

Dans notre cas la glande est en voie d'hyperfonctionnement : les acini sont formés d'une assise régulière de cellules cubiques, parfois de plusieurs rangées de cellules. La lumière des acini est tantôt vide, tantôt elle contient du mucus, tantôt elle est remplie de polynucléaires réunies en amas avec quelques rares leucocytes.

Le tissu conjonctif péri-acineux prend part à l'irritation : il est par places bourré de cellules conjonctives à noyau clair, allongé, de mononucléaires, de plasmazellen, de polynucléaires neutrophiles.

Quant aux canaux excréteurs ils présentent les lésions de l'épithélioma intra-canaliculaire de Cornil ; la coupe représentée plus haut (Fig. V) en dit plus que n'importe quelle description.

Pour nous résumer, nous dirons que les altérations de la glande mammaire portent sur tous les éléments du parenchyme : acini sécréteurs, canaux excréteurs, tissu conjonctif péri-acineux et péri-canaliculaire.

E. — *Lésions des ganglions.* — Sur tous les cas d'épithéliomas kystiques que nous avons pu réunir, nous n'avons trouvé que peu de renseignements sur l'état des ganglions. Deux fois, la dégénérescence néoplasique a été observée : dans le cas de Péan où l'examen histologique fut fait par Cornil ; dans le cas de Faguet.

Généralement on ne trouve aucune altération des ganglions, ou bien s'il existe quelque lésion, c'est une lésion banale, inflammatoire (Le Dentu).

La rareté de l'envahissement ganglionnaire s'explique par l'origine et le développement intra-canaliculaire de l'épithélioma. La lymphangite cancéreuse reste en général limitée et l'observation de Pilliet est à ce point de vue remarquable : à la base du pédicule du bourgeon végétant, les lymphatiques étaient envahis par des noyaux de cellules épithéliales tassées les unes contre les autres ; mais ces infiltrats étaient limités, comparables plutôt à ceux du cancroïde qu'à ceux du cancer vrai (Pilliet, obs. 19).

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de cette étude anatomo pathologique des épithéliomas kystiques de la glande mammaire ?

Ces tumeurs ont une certaine ressemblance avec les fibro-adénomes papillaires kystiques.

Elles diffèrent de ces derniers par la minceur de leurs papilles, par l'assise épithéliale généralement unique, par la hauteur des cellules épithéliales disposées régu-

lièrement en palissade et surtout par la production exubérante de ces cellules cylindriques (Cornil).

Ajoutons qu'il ne s'agit pas seulement d'une prolifération épithéliale intense, mais encore d'une prolifération de cellules atypiques, véritablement néoplasiques, tant par leur structure que par leur tendance à l'envahissement et à l'infiltration des tissus voisins.

Quelle est la place de ces tumeurs en anatomie pathologique ? Au niveau de la glande mammaire elles établissent évidemment la transition entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes, entre le fibro-adénome kystique et l'épithéliome proprement dit.

Ces tumeurs sont très analogues aux cancers à cellules cylindriques de l'intestin. Mais on ne saurait mieux les comparer qu'aux kystes papillaires de l'ovaire, à l'épithéliome muqueux papillaire de Malassez, à l'épithéliome kystique du testicule.

Nous avons dit au début de ce travail que nos kystes végétants de la glande mammaire n'avaient rien à voir, cliniquement avec la maladie kystique décrite par M. le professeur Reclus.

En est-il de même au point de vue anatomo-pathologique ?

E. Rochard a montré que la maladie kystique des mamelles correspondait à des types histologiques différents, en sorte qu'au point de vue anatomique la maladie kystique pouvait être considérée comme l'expression d'une mammite chronique ou d'une véritable néoplasie.

Dans ce dernier cas, elle se rapproche singulièrement de l'épithélioma papillaire dendritique, dont nos kystes végétants ne sont en somme qu'une modalité.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est assez caractéristique et la plupart des observations que nous avons signalées plus haut présentent à ce point de vue bien des points communs.

Disons de suite que cette symptomatologie est bien différente de celle des carcinomes mammaires.

Les premiers symptômes consistent soit dans l'apparition d'un écoulement par le mamelon, soit dans l'apparition de phénomènes douloureux, soit dans l'apparition d'une tumeur.

L'écoulement par le mamelon est le symptôme le plus précoce et le plus constant : il signale l'atteinte des canaux galactophores par l'épithélioma.

Néanmoins si l'oblitération du canal galactophore lésé se produit de bonne heure, aucun écoulement ne se produit pendant toute la durée de l'évolution de la tumeur.

Dans six observations seulement, il est spécifié qu'aucun écoulement ne s'est produit : Bowlby, Le Dentu, Lecène, Frémicourt, Mermet et Faitout, Chandesris.

Cet écoulement par le mamelon précède généralement l'apparition de la tumeur, parfois même c'est pendant

de longues années le seul symptôme de l'affection ; c'est lui qui amène les malades à consulter.

Les caractères et l'abondance de l'écoulement sont très variables.

Le plus souvent, il s'agit d'un écoulement séro-sanguinolent (Coyne, Bowlby, Faguet, Dubar, Auvray, Cléret) ou d'un écoulement de sérosité roussâtre (Malherbe, B. Pollard).

D'autres fois l'écoulement est simplement séreux (Barker, Le Dentu, Bowlby, Chandesris) ou laiteux (Reverdin et Mayor, Cléret),

Chez la malade que nous avons vue, il s'agissait d'un écoulement de sang pur, comme dans les observations de Bowlby, de Verchère.

L'écoulement par le mamelon précède, avons-nous dit, l'apparition de la tumeur. Un laps de temps considérable peut s'écouler entre les deux symptômes : trois ans (B. Pollard, Barker), quatre ans (Bowlby), dix ans (Reverdin et Mayor), douze ans (Le Dentu).

Plus rarement écoulement mamelonnaire et tumeur apparaissent ou sont reconnus presque simultanément (Malherbe, Lemounier et Verchère, Cornil et Péraire). Exceptionnellement l'écoulement ne se produit qu'après l'apparition de la tumeur (Bowlby).

Tantôt il s'agit d'un léger suintement, tachant la chemise ; tontôt il s'agit d'une véritable petite hémorragie (Reverdin et Mayor). L'écoulement cesse parfois définitivement et la malade se croit guérie ; plus souvent il reparaît à des intervalles plus ou moins éloignés.

Dans une des observations de Bowlby, l'écoulement par le mamelon était pour ainsi dire continu, avec recrudescence au moment des règles.

Chez la malade dont nous avons relaté l'observation (obs. 37) l'hémorragie par le mamelon ne s'est pas reproduite pendant les huit années qu'a duré l'évolution du kyste.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ces écoulements par le mamelon. Ce signe, presque constant acquiert une valeur considérable au point de vue du diagnostic. D'autre part, la longue période qui le sépare de l'apparition des autres symptômes montre combien le développement de l'épithélioma intra-canaliculaire est lent : cette évolution est en rapport avec la bénignité relative de ces épithéliomas kystiques.

Les phénomènes douloureux sont rarement les premiers en date ; néanmoins dans les cas de Cornil et Péraire, de Reverdin et Mayor, les malades ont ressenti de vives douleurs au niveau du sein.

Le plus souvent, on note seulement une simple sensation de gêne, de pesanteur dans la région mammaire intéressée.

La tumeur kystique peut constituer le premier et le seul symptôme observé. Nous allons passer en revue ses différents caractères cliniques.

La tumeur est unique, mais peut présenter à sa partie moyenne un léger rétrécissement, sensible à la palpation (Coyne, Cléret) ; elle a alors la forme d'un bissac ou d'une brioche.

Plus rarement la tumeur est multilobée, polykystique mais sans ressembler jamais au sein atteint de maladie kystique.

Dans quelques cas, deux kystes voisins sont accessibles à la palpation (Reverdin et Mayor) ; parfois on en délimite facilement trois (Faguet).

Le volume de la tumeur kystique est en général peu considérable. La tumeur atteint le volume d'une noix ou d'une noisette dans les observations de Bowlby, Lemounier et Verchère, Barker, Reverdin et Mayor, Faguet, Le Dentu, Chandesris ; d'un œuf de pigeon ou d'une mandarine dans les observations de Bowlby, Le Dentu, Cornil et Péraire ; d'un œuf de poule dans les cas de Dubar, Walther, Cléret, Ricard, Chandesris, Mermet et Faitout ; d'une orange, dans le cas de Lecène.

Chez notre malade, le kyste était énorme et atteignait le volume des deux poings.

La consistance des kystes végétants varie suivant la tension du liquide ; tantôt le kyste est franchement fluctuant, tantôt il est rénitent et élastique ; parfois certains points seulement sont fluctuants et le reste de la tumeur est ferme et élastique.

Il est intéressant de préciser les *connexions de la tumeur kystique avec les tissus avoisinants* et nous envisageons successivement les rapports de la tumeur kystique avec le mamelon, la peau, la glande mammaire, les plans profonds.

Par rapport au mamelon, on voit que le kyste occupe la région mamelonnaire, près du tractus formé par les canaux galactophores. Ce siège explique facilement la fréquence de l'écoulement séreux ou sanguinolent par le mamelon.

Néanmoins la tumeur peut avoir un siège excentrique par rapport au mamelon.

Dans un cas de Bowlby, la tumeur siégeait bien loin du mamelon, à la partie interne du sein et fait intéres-

sant à noter, c'est un des cas où il n'y a pas eu d'écoulement par le mamelon.

La compression de la tumeur peut déterminer l'écoulement mamelonnaire.

Bien que la situation sous-mamel onnaire ou paramamelonnaire soit pour ainsi dire constante, la rétraction du mamelon n'est pas fréquente dans les épithéliomas kystiques, alors que c'est un symptôme précoce et presque constant des carcinomes de la mamelle.

Sur 16 observations où ce symptôme a été recherché, il n'a été noté que trois fois (Barker, Cornil et Péraire, Auvray). Dans l'observation d'Auvray, le mamelon était complètement invaginé dans le kyste et faisait partie de sa paroi, comme l'a montré l'examen histologique.

Quelles sont les *connexions du kyste avec la glande mammaire*, décelables par la palpation ?

Dans notre observation inédite, le kyste et la glande étaient nettement séparés l'un de l'autre : le kyste avait refoulé la glande en dedans. Cet isolement entre les deux masses, facile à constater par la palpation était dû au volume considérable du kyste.

Mais la zone de séparation n'est pas toujours aussi nette, comme dans une des observations de Frémicourt.

Souvent la tumeur kystique est enfouie, enchâssée dans le parenchyme mammaire où il est difficile à la palpation d'apprécier les limites du kyste (Faguet, Lemounier et Verchère). Parfois, on note un kyste paraglandulaire et un kyste intra-glandulaire (Barker).

Il est facile de prévoir d'après les données de l'anatomie pathologique quelles seront les *connexions du kyste avec la peau et les plans profonds.*

Lorsque le kyste a acquis un volume assez considérable comme dans l'observation 37, la peau qui le recouvre est tendue, vergeturée, amincie, sillonnée de veines. Mais elle se laisse facilement plisser et on peut la faire glisser sous la tumeur sous-jacente.

L'absence complète d'adhérences avec la peau est donc de règle, ce qui est un nouveau caractère qui distingue les épithéliomas kystiques des autres cancers mammaires.

Ce n'est que dans les tumeurs kystiques anciennes que l'on a pu observer des adhérences cutanées ; ce fait est signalé dans les observations de Coyne, Le Dentu, Mermet et Faitout. C'est donc un symptôme rare puisque nous ne le trouvons signalé que trois fois sur vingt-huit observations.

Exceptionnellement, le kyste adhère non seulement à la peau, mais encore celle-ci est tendue, rouge, prête à s'ulcérer (Le Dentu).

Quant à *l'adhérence du kyste au grand pectoral*, elle n'est signalée dans aucune observation.

L'adénopathie est rare dans les épithéliomas kystiques de la mamelle ; en effet les bourgeons végétants, épithéliomateux sont enfermés dans une cavité bien limitée par sa membrane fibreuse ; l'engorgement ganglionnaire sera donc rare et toujours tardif.

La présence de ganglions axillaires ou sus-claviculaires indiquerait une effraction des végétations épithéliomateuses en dehors du kyste.

Reverdin et Mayor, Faguet, Le Dentu, Péan, Dubar ont dans leurs observations constaté l'existence de petits ganglions au niveau de la paroi interne du creux de l'aisselle.

Rappelons que deux fois seulement l'examen histologique a décelé la dégénérescence épithéliale de ces ganglions (Péan, Faguet) ; il s'agit dans la règle de ganglions purement inflammatoires.

Au cours de l'évolution des épithéliomas kystiques, les signes généraux manquent totalement : l'état général reste bon, il n'y a aucun phénomène de cachexie ; la lenteur de l'évolution du kyste, l'absence de toute généralisation viscérale expliquent facilement ce fait.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution des épithéliomas kystiques de la glande mammaire est très lente : la tumeur augmente peu à peu de volume, tantôt d'une façon régulière et continue, tantôt par saccades, fait évidemment dû aux hémorragies à répétition qui se produisent à l'intérieur du kyste.

Quels sont les accidents ou complications qui peuvent venir modifier l'évolution de la tumeur.

L'*hémorragie* par le mamelon n'est que l'exagération d'un symptôme très fréquent; néanmoins nous voyons que dans l'observation de Reverdin et Mayor cette hémorragie a été assez abondante pour nécessiter la présence d'un médecin.

Le *prolapsus du bourgeon végétant* par le mamelon a été noté dans le cas de Le Dentu (obs. 22). La tumeur kystique du volume d'une noix disparut brusquement et du mamelon s'échappa une petite masse rouge vif, pédiculée.

La *fistulisation* du kyste à la peau n'a été observée qu'à la suite de ponctions ou d'incisions malencontreuses.

En somme il s'agit là d'accidents peu fréquents et bénins.

Le pronostic doit être considéré comme relativement

bénin ; l'évolution lente du kyste, l'absence d'adénopathie, l'absence de récidives avec extirpation même limitée, témoignent en faveur de la bénignité des épithéliomas kystiques.

Quelques restrictions doivent être apportées néanmoins :

Cornil et Petit ont observé une tumeur kystique de la mamelle, répondant à la structure de l'épithélioma à cellules cylindrique chez la chatte. Cette tumeur s'est généralisée aux ganglions et aux viscères.

Dans un cas de Bowlby, d'autre part, nous voyons la récidive après extirpation survenir deux fois : une fois dans les débris glandulaires, une fois dans la cicatrice, où il s'agit probablement d'une inoculation opératoire.

Ces faits, joints aux observations où la dégénérescence ganglionnaire a été constatée par l'examen histologique doivent faire réserver quelque peu le pronostic.

Nous ne pouvons que souscrire au « Méfiez-vous » de Malassez et aux conclusions suivantes de Cornil.

« De même que les kystes de l'ovaire dont quelques-« uns se généralisent au péritoine, tandis que la majo-« rité d'entre eux serait de nature bénigne, nos épithé-« liomes peuvent exceptionnellement se conduire en « cancers. »

Étant donné notre ignorance encore profonde sur la nature et l'évolution du cancer, quelle que soit la forme anatomo-pathologique qu'il revête, nous croyons que ces épithéliomas kystiques doivent être opérés et opérés largement. Les meilleures conditions, encapsulement de la tumeur, absence d'adénopathie, absence d'adhérences aux plans profonds sont ici réunies pour obtenir une guérison définitive.

DIAGNOSTIC

Les symptômes si particuliers de l'épithélioma kystique de la glande mammaire nous montrent combien cette variété de tumeur se différencie des autres tumeurs malignes de la mamelle.

L'écoulement de liquide sanguinolent par le mamelon, les caractères du kyste, ses connexions avec la peau, le mamelon, les plans profonds, l'absence d'adénopathie sont les principaux éléments du diagnostic.

Mais tous ces signes n'ont rien de pathognomonique : ils appartiennent également au fibro-adénome kystique, de telle sorte que même pièces en mains, le diagnostic est très délicat.

Si on considère une première série d'observations dans lesquelles il s'agit de kystes volumineux, bien dégagés du parenchyme mammaire avoisinant, ayant été précédés d'une période dans laquelle le seul symptôme était l'écoulement mamelonnaire, le diagnostic d'épithélioma kystique aura quelque chance d'être posé.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic entre l'épithéliome kystique et le carcinome mammaire soit à forme squirrheuse, soit à forme encéphaloïde.

Dans le squirrhe, l'adhérence intime de la tumeur à

la peau, la rétraction du mamelon, la dureté de la tumeur, la présence de ganglions axillaires ne peuvent laisse subsister aucun doute.

Dans l'encéphaloïde, l'accroissement rapide de la tumeur, l'envahissement précoce de la peau et des muscles, des ganglions, fait faire le diagnostic. La consistance pseudo-fluctuante de certaines parties de la tumeur ne peut prêter à confusion.

C'est surtout avec les lésions mammaires se présentant avec les caractères d'un kyste que le diagnostic doit être fait.

Le galactocèle se reconnaîtra à ce fait qu'il survient pendant une période de sécrétion lactée, qu'il se développe rapidement ; l'écoulement par le mamelon est laiteux ; il cède rapidement par la compression.

Le kyste hydatique de la mamelle est une rareté ; son évolution est assez analogue à celle des kystes végétants et les caractères physiques des deux tumeurs présentent bien des points de ressemblance.

Néanmoins l'écoulement de liquide, sanglant ou non, par le mamelon n'a jamais été signalé dans le cas de kyste hydatique et d'autre part nous avons vu que c'était un signe presque constant de l'épithéliome kystique. La ponction exploratrice du kyste permettrait seule de trancher le diagnostic. Le sarcome évolue rapidement et ne s'accompagne que rarement d'écoulement par le mamelon; seul le sarcome kystique pourrait prêter à confusion, du fait que certaines parties de la tumeur sont nettement fluctuantes.

En effet si on examine une pièce de sarcome kystique, on voit en certains points des cavités qui peuvent acquérir un volume considérable, celui d'un œuf comme

dans une observation de Delaunay. Ces cavités contiennent un liquide filant, muqueux, teinté de sang et leur surface interne est irrégulière, déchiquetée, hérissée de gros bourgeons saillants. A un examen superficiel on pourrait croire à un épithéliome kystique.

Reste enfin le fibro-adénome kystique. Le diagnostic clinique entre les deux tumeurs est impossible à moins qu'on ait affaire à un épithéliome kystique ancien, adhérent à la peau, s'accompagnant d'adénopathie.

Le diagnostic basé sur la différence des écoulements par le mamelon, sanglant dans l'épithéliome, séreux dans le fibro-adénome, n'a rien de pathognomonique. Du reste la distinction entre l'adéno-fibrome kystique, tumeur bénigne, et l'épithéliome kystique, tumeur maligne n'est guère légitime.

Ce que l'on sait à l'heure actuelle de l'évolution du cancer, des transformations de tumeurs bénignes en tumeurs malignes, doit faire abandonner toute idée de démarcation entre les deux tumeurs.

Dans un article récent, Lop insiste, et avec raison, sur la fréquence de la dégénérescence épithéliale des fibro-adénomes de la glande mammaire.

Dans six observations personnelles, la tumeur avait les allures les plus bénignes et pourtant chaque fois la néoplasie avait déjà subi, histologiquement, la dégénérescence épithéliale ; dans deux cas la mort précédée de récidive à distance est survenue un à deux ans après l'opération.

En ce qui concerne l'adéno-fibrome kystique, sa transformation en épithéliome kystique n'a rien qui puisse étonner. Plusieurs observations cliniques en font

foi et l'examen histologique a permis de saisir sur le fait cette transformation (Mermet et Faitout, Baur).

Étant donné ces faits, on conçoit que le traitement soit le même dans les deux cas.

Les différentes affections que nous venons de signaler ne doivent être discutées au point de vue du diagnostic que lorsque la tumeur kystique est volumineuse comme dans notre observation.

Mais dans nombre de cas, il n'en est pas ainsi : la tumeur kystique est peu volumineuse, bilobée ou polylobée, faisant plus ou moins corps avec le parenchyme mammaire, dans lequel elle est comme enchâssée. Le diagnostic devient alors plus délicat.

La maladie kystique de la mamelle est souvent bilatérale ; l'écoulement par le mamelon est peu fréquent et lorsqu'il existe, il est séreux et non sanglant ; enfin la palpation de la mamelle donne la sensation d'une multitude de grains de plomb enchâssés dans la glande.

Cliniquement nos kystes végétants se distinguent donc bien du syndrome décrit par M. Reclus ; nous avons vu au chapitre de l'Anatomie pathologique la parenté entre les deux tumeurs.

La tuberculose mammaire ne peut prêter à confusion qu'à la période de formation des gommes. Les noyaux tuberculeux forment des noyaux durs, peu ou pas douloureux ; ces tumeurs sont irrégulières, produisent souvent la rétraction du mamelon, adhèrent à la peau qui finit par s'ulcérer ; l'abcès froid mammaire devient rapidement fistuleux.

Les gommes syphilitiques sont généralement multiples ; elles évoluent rapidement et le diagnostic avec l'épithéliome kystique ne présente pas de difficultés.

Reste enfin le kyste simple de la mamelle. Nié par la plupart des auteurs, son existence ne peut cependant guère être mise en doute ; l'observation récente de Dartigues en est la preuve. Il est vraisemblable que les kystes « simples » de la mamelle doivent être rangés dans le groupe des mammites chroniques kystiques.

TRAITEMENT

Nous passerons rapidement sur ce chapitre du traitement des épithéliomas hystiques de la glande mammaire, car l'anatomie pathologique nous a montré avec évidence la conduite à tenir.

Si, comme l'enseigne M. Reclus, la maladie kystique est justiciable du seul traitement médical, à quelques exceptions près, il ne doit pas en être de même, à notre avis, pour les grands kystes végétants de la mamelle.

Le traitement doit être chirurgical.

Si nous passons en revue les différentes observations, nous voyons que différentes interventions ont été pratiquées.

Incision du kyste et ablation du bourgeon végétant. —Ce mode de traitement a été employé dans deux des observations de Bowlby ; nous n'y insisterons pas.

Ablation du kyste seul. — Dans quelques cas où la tumeur est mobile, bien dégagée du parenchyme mammaire avoisinant, on est tenté de pratiquer l'énucléation de la tumeur. Dans ses deux cas, Chandesris a pratiqué l'énucléation sous anesthésie locale ; dans trois observations de Bowlby, l'ablation du kyste seul a été pratiquée.

Extirpation de la glande mammaire avec ou sans curage de l'aisselle. — C'est l'intervention le plus souvent pratiquée, mais dans nombre d'observations les détails de la technique suivie ne sont pas indiqués.

L'ablation totale, en bloc, du kyste et de la glande mammaire a été pratiquée par Faguet, Reverdin et Mayor, Lecène, Ricard, Péraire, Mermet et Faitout, Dubar, Lecène, Lemounier et Verchère.

Dans le cas de Cléret et dans notre observation, M. Guinard a pratiqué l'ablation en masse de la mamelle, sans curage de l'aisselle.

Quelques opérateurs se sont contentés d'enlever la tumeur kystique avec la plus grande partie du parenchyme mammaire avoisinant, tels Le Dentu, Coyne, Bowlby, Frémicourt.

Extirpation large avec ablation du grand pectoral ; curage de l'aisselle. — Auvray et Le Dentu se sont conduits comme s'ils avaient affaire à un cancer banal du sein et ont pratiqué une large intervention, à la Halsted.

Quelle est l'opération à pratiquer ? On a le choix en dernière analyse entre deux interventions :

1° *Opération de Warren.* — On trace une incision sous-mammaire, on relève le sein pour en découvrir la face profonde et on excise la tumeur kystique avec le parenchyme mammaire avoisinant.

2° *Opération de Halsted* ou un de ses dérivés. — La totalité de la glande est enlevée d'un seul bloc avec les deux faisceaux inférieurs du grand pectoral ; l'aisselle est soigneusement curée.

Il est évident que l'opération de Warren est insuffisante. Nous avons signalé plus haut les lésions fréquen-

tes de la glande mammaire, même lorsqu'elle paraît saine macroscopiquement. Une ablation partielle risque donc fort d'être suivie d'une récidive par développement d'un autre kyste.

D'autre part, l'étude microscopique des kystes végétants montre qu'il s'agit là d'une néoplasie maligne: la tumeur est encapsulée, les caractères de malignité sont atténués, mais néanmoins il faut faire une ablation large, aussi précoce que possible.

Tout porte le chirurgien à pratiquer l'opération d'Halsted ou tout au moins une opération analogue: la possibilité d'enlever la néoplasie en sac fermé et par suite d'éviter les inoculations opératoires, la facilité avec laquelle on explore l'aisselle, la possibilité de réunir sans être obligé de tailler un lambeau doivent faire adopter cette manière de faire.

L'utilité de la résection des muscles pectoraux dans l'ablation du cancer du sein a été longuement discutée à l'Association française pour l'étude du cancer.

Il est évident qu'en ce qui concerne les épithéliomas kystiques que nous avons en vue, l'ablation des pectoraux n'est pas absolument nécessaire, vu le peu de malignité de cette variété de néoplasme.

A notre avis,une résection partielle, limitée aux deux chefs inférieurs du grand pectoral offre de réels avantages et nous adoptons pleinement les conclusions formulées par Walther :

« L'ablation de la partie inférieure du grand pecto-
« ral, non seulement ne complique pas, mais semble
« simplifier et abréger l'acte opératoire, n'entraîne au-
« cune gêne des mouvements,aucun trouble fonctionnel ;
« la conservation de la partie supérieure du muscle,

« assure au bras la puissance presque normale de ses « mouvements.

« La déformation qui résulte de l'ablation partielle « du muscle n'est pas considérable, la forme de la par- « tie supérieure de la paroi antérieure du creux axil- « laire n'est point modifiée ; la paroi est seulement moins « haute, mais cette différence de hauteur n'entraîne pas « grand inconvénient et j'ai pu constater que plusieurs « de mes opérées pouvaient se décolleter dans une me- « sure suffisante pour les exigences du monde sans que « rien pût trahir la défection de cette paroi antérieure « de l'aisselle. »

Résultats opératoires. — Les résultats éloignés des interventions pour kystes végétants du sein, confirment notre manière de voir. Jamais la récidive n'a été observée lorsqu'une ablation large de la glande mammaire a été pratiquée.

Au contraire, dans deux cas où l'extirpation du kyste avec un fragment de parenchyme mammaire fut pratiquée, la récidive survint au bout de quelque temps et nécessita une nouvelle intervention. A ce point de vue, une malade de Bowlby (obs. 8) présente une histoire intéressante : Backer lui enleva 3 kystes par simple énucléation. Quatre ans plus tard, se produisait un nouveau kyste qui fut extirpé avec la totalité de la glande mammaire. Un an après se développait à la partie inférieure de la cicatrice opératoire un petit nodule de la grosseur d'une noisette que l'examen histologique montra être de nature néoplasique.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom d'épithéliomas kystiques de la glande mammaire nous décrivons une variété de kystes développés aux dépens de la glande, présentant à leur intérieur un bourgeon végétant.

Ces kystes se distinguent nettement des formations kystiques qu'il n'est pas rare d'observer dans les tumeurs carcinomateuses ou sarcomateuses de la mamelle ; ils se séparent nettement au point de vue clinique de la maladie kystique de Reclus.

II. — Histologiquement, ces épithéliomas kystiques représentent une variété de l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques décrit par Cornil.

III. — Cliniquement ces tumeurs présentent les carac tères d'une tumeur bénigne ; ce n'est que l'examen histologique qui décèle la nature maligne de ces kystes.

IV. — L'évolution de ces épithéliomas kystiques est lente ; ils n'ont que peu de tendance à la généralisation

ou à la récidive après extirpation ; néanmoins ils doivent être considérés comme de véritables cancers et être opérés précocement et largement.

V. — L'opération de Halsted est l'intervention de choix ; ses résultats éloignés sont bons.

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barker. — *On the histology of a case of so called « Duct Cancer »*. British medical Journal, 1890.

Butlin. — Transact. of the pathol. Soc. of London, 1888, t. XXXVIII, p. 343.

Battle. — *Duct Cancer of the breast*. Ibid., 1888.

Bilton Pollard. — Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1886.

Bowlby. — *Cases illustrating the clinical course and structure of duct cancers or villous carcinomas of the breast*. Saint-Bartholomew's Hosp. Reports, 1886.

Bowlby. — Lancet, 1893.

Saint-Macary (B.). — *Maladie kystique de la mamelle*. Thèse Paris, 1883.

Bryand. — *Tum. cystic. of the breast*. Guy's Hosp. Rep., 1884-1885.

Bard. — Archives générales de médecine, septembre 1890.

Baur. — Bulletins Société anatomique de Paris, avril 1910.

Binaud et Braquehaye. — Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, 1896.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathol., 1884.

Cornil. — Les tumeurs du sein. Paris, 1908.

Cruveilhier. — Traité d'anat. pathologique, t. III, p. 735, sq.

Cléret. — *Kyste bourgeonnant du sein*. Soc. anatomique, mars 1906.

Chandesris. — *Kystes du sein* Société anatomique, 1908, p. 162.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, 1899.

Demarquay. — *Tumeur colloïde kystique du sein*. Soc. anatomique, 1843.

Delbet. — *Épithélioma kystique colloïde du sein*. Assoc. française pour l'étude du cancer ; séance du 21 février 1910.

Fremicourt. — *Étude sur les kystes végétants et l'épithéliome papillaire à cellules cylindriques*. Thèse de Lille, 1909.

Girard-Mangin. — *Les poisons cancéreux*. Thèse Paris, 1909.

Lemounier et Verchère. — Société anatomique, 1889, p. 345.

Labbé et Coyne. — *Traité des tumeurs bénignes du sein*. Paris, 1876.

Labrunie. — *L'épithélioma dendritique de la mamelle*. Thèse Bordeaux, 1894.

Lebert. — Anatomie pathologique, t. I, p. 252 et t. II. p. 465.

Mitchell Barck. — *Cysts of the breast*.

Monod. — *Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses de la mamelle*. Archives de médecine, 1875.

Mermet et Faitout. — Société anatomique de Paris, 1897, p. 215 et 291.

Malherbe. — Société anatomique de Nantes, 1884.

Nunn. — *Duct Cancer of the breast*. Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1889.

Nélaton. — *Kystes de la mamelle*. Gazette des hôpitaux, 1851.

Pilliet. — *Épith. kystique du sein*. Société anat. Paris, 1891.

Pitts. — *Villous carcinoma of the breast*. Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1888.

Reverdin et Mayor. — Revue médicale de la Suisse romande, 1890, p. 464.

Rogeau. — *Kystes par rétention de la glande mammaire*. Thèse Paris, 1874.

Reclus. — Revue de Chirurgie, octobre 1883.

Roberts. — *Cysts of the breast*. Med. Soc. of London, 1900.

Robinson. — *Duct Cancer of the breast*. Transact. of the Pathol. Soc. of London, 1898.

Sevestre. — *Kystes multiples de la mamelle*. Gazette de Hôpitaux, 1868.

Sicre. — *La maladie kystique de Reclus.* Thèse Paris, 1890.
Sourice. — *La maladie kystique de Reclus.* Thèse Paris, 1887.
Toupet. — Semaine médicale, 8 octobre 1890.
Velpeau. — Traité des maladies du sein, p. 338.
Williams. — *Diseases of the breast.* British med. J., 1894.
Walther. — Assoc. française pour l'étude du cancer, in Revue de Méd., n° 2, 1910.
Sperse. — New-York med. Journal, 1908, p. 357.
Société de Chirurgie, 1888.
Société d'Anat pathol. de Bruxelles, 17 fév. 1910.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN